

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



Correlatos de ansiedade, depressão e suicidalidade nas minorias sexuais

Cristina Correia Romão Ribeiro Nunes

Orientadores:

Professor Doutor Diogo Telles-Correia

Professora Doutora Carla Marina Madureira de Matos Moleiro

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Psicopatologia
2019**

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



Correlatos de ansiedade, depressão e suicidalidade nas minorias sexuais

Cristina Correia Romão Ribeiro Nunes

Orientadores:

Professor Doutor Diogo Telles-Correia

Professora Doutora Carla Marina Madureira de Matos Moleiro

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Psicopatologia
2019**

Nos termos do Despacho do Diretor da FMUL (despacho 48/2004), na Capa Interna da Dissertação de Mestrado, deve constar a seguinte declaração, em negrito e corpo 14, no 1/4 interior daquela página:

**A impressão desta
dissertação foi aprovada
pelo Conselho Científico
da Faculdade de
Medicina de Lisboa
em reunião de
(data em que recaiu a aprovação).**

Agradecimentos

Lili,

Zé,

Professor Diogo,

Professora Carla,

Pelo vosso apoio e pelo que me ensinaram quero deixar os meus mais sinceros agradecimentos. Foi um imenso privilégio trabalhar convosco.

Isabel,

Pedro,

Aos participantes

e aqueles que não esperam nada em troca, o meu obrigado por existirem.

Resumo

As disparidades de saúde mental encontradas no grupo das minorias sexuais comparativamente ao grupo heterossexual estão bem identificadas, quer a elevada prevalência de perturbações de ansiedade ou depressão, quer o elevado risco suicidário.

O presente estudo, transversal e observacional, analisou 191 indivíduos pertencentes a minorias sexuais, recrutados online a partir de associações LGBT e comparou-os com um grupo heterossexual recrutado num centro de saúde urbano em relação aos seguintes factores: níveis de ansiedade ou depressão, suicidalidade, personalidade, suporte social, abusos em contexto escolar, consumo de substâncias e utilização de consultas de especialidade. Ainda tentou encontrar os factores psicossociais que mais se correlacionaram com a ansiedade, depressão e ideação suicida no grupo das minorias sexuais.

Foram encontradas diferenças entre os participantes homossexuais e bissexuais por oposição ao grupo de controlo, através de análise estatística bi e multivariada. Os vários factores foram analisados por regressão para explicar as variáveis de resultado: os níveis de ansiedade, os níveis de depressão e a suicidalidade.

As minorias sexuais apresentaram maior risco suicidário. No grupo das mulheres bissexuais os níveis globais de desconforto psicológico foram significativamente maiores, os níveis de suporte familiar foram inferiores e foram referidos maior consumo de drogas. No grupo das mulheres lésbicas foram referidos menores índices de religiosidade. Os homossexuais masculinos referiram menor suporte através das actividades sociais, diferente situação familiar/relacional e maior acesso a consultas de psiquiatria. O reporte de abusos em contexto escolar foi muito elevado entre as minorias sexuais. Encontrámos diferenças de personalidade: níveis maiores de neuroticismo (homossexuais masculinos e bissexuais) e abertura à experiência (minorias sexuais femininas) e menores de extroversão (homossexuais masculinos), conscienciosidade (bissexuais masculinos) e em alguns subcomponentes, como a sociabilidade, a atividade e a confiabilidade. A orientação sexual, todos os factores de personalidade (excepto a amabilidade), o suporte pela intimidade, os abusos psicológicos em contexto escolar, a percepção da qualidade de vida, a não existência de consultas de psiquiatria emergiram como preditores de pelo menos uma das variáveis de resultado.

Palavras chave: minorias sexuais, personalidade, ansiedade, depressão, suicídio

Abstract

The mental health disparities found in sexual minorities when compared to the heterosexual group are well identified in scientific literature, both regarding the high prevalence of anxiety or depression disorders and suicide risk.

The present cross-sectional observational study, analyzed 191 individuals belonging to sexual minorities, recruited online from LGBT associations, and compared them to a heterosexual group, recruited from an urban primary care practice, in regard to the following factors: anxiety or depression levels, suicidality, personality, social support, school abuse, substance abuse, and specialty consultations. In addition, it searched for which psychosocial factors that were most correlated to anxiety levels, depression levels and suicidality in sexual minorities group.

Differences were found among homosexual and bisexual by opposition to the control group, through bivariate e multivariate statistical analysis. The various factors were analyzed by regression to predict the outcome variables: anxiety and depression levels and suicidality.

Sexual minorities revealed a higher suicide risk. In the group of female bisexuals, the global levels of psychological stress were significantly higher, also lower levels of family support and more drug abuse were reported. The group of lesbians reported lower levels of religiosity. Male homosexuals reported less support in the context of social activities and higher demand for psychiatry consultations, while male bisexuals reported higher demand for psychology consultations. A high level of bullying was reported by sexual minorities. Personality differences were found: higher levels of neuroticism (bisexuals and male homosexuals) and openness to experience (sexual minority females), and lower levels of extroversion (male homosexuals), conscientiousness (bisexual males) and in some of his subcomponents such as Sociability, Activity and Dependability. Sexual orientation, all personality factors (except agreeableness), intimacy support, psychological bullying, quality of life's perception, non previous psychiatric consultations, emerged as predictors of at least one of the outcomes.

Keywords: sexual minorities, personality, anxiety, depression, suicide

Índice Geral

Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract	6
1. Introdução	9
1.1. Personalidade	11
1.2. Bem-estar psicológico	14
1.3. Rede social	15
1.4. Relacionamentos íntimos	17
1.5. Família	18
1.6. Acontecimentos de vida	20
1.7. Abuso de substâncias	21
1.8. Religiosidade/ Espiritualidade	22
2. Objectivos e hipóteses	22
3. Metodologia	23
3.1. Considerações éticas	23
3.2. Amostra	23
3.3. Instrumentos	24
3.4. Análise estatística	28
4. Resultados	30
4.1. Orientação sexual e variáveis sociodemográficas	30
4.2. Orientação sexual e personalidade	33
4.3. Orientação sexual e saúde mental	38
4.4. Orientação sexual e abusos em contexto escolar	41
4.5. Orientação sexual e suporte social	42
4.6. Análise de regressão	43
5. Discussão	47
5.1. Sintomatologia ansiosa e depressiva	47
5.2. Suicidalidade	48
5.3. Consumo de drogas	49
5.4. Consultas e fármacos	50
5.5. Suporte Social	50
5.6. Abusos em contexto escolar	51
5.7. Sociodemografia e personalidade	52
6. Conclusões	57
6.1. Limitações	59
6.2. Pontos fortes	61
6.3. Estudos futuros	62
6.4. Consideração final	62
7. Referências	64
8. Anexos – excertos do questionário	84

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.	24
Tabela 2. Características sociodemográficas por orientação sexual	31
Tabela 3. Tipo de família por orientação sexual	32
Tabela 4. Categorias da profissão por orientação sexual	32
Tabela 5. Pontuações dos domínios da personalidade nos diferentes grupos por orientação sexual.....	34
Tabela 6. Ansiedade, Depressão por orientação sexual.	38
Tabela 7. “Casos” de Ansiedade, Depressão e Desconforto psicológico total por orientação sexual.....	38
Tabela 8. Ideação Suicida, Planos Suicidas, por orientação sexual.	39
Tabela 9. Consumo de drogas, diagnósticos, consultas, uso de fármacos por orientação sexual.	40
Tabela 10. Abusos psicológicos ou físicos em contexto escolar por orientação sexual.	41
Tabela 11. Perceção de suporte social nas valências Amigos, Intimidade, Família e Atividades Sociais por orientação sexual.	42
Tabela 12. Regressão múltipla linear - Ansiedade	43
Tabela 13. Regressão múltipla linear - Depressão.....	44
Tabela 14. Regressão logística - Ideação suicida	45
Tabela 15. Regressão logística - Planos de suicídio	46

Índice de Figuras

Figura 1. Profissões classificadas em 3 categorias: Prestígio, Objetos-Pessoas, Informação-Ideias.	33
Figura 2. Domínios e subcomponentes da personalidade (X) por orientação sexual (Y), nos indivíduos do sexo feminino. (médias e desvios-padrão)	36
Figura 3. Pontuações nos domínios e subcomponentes da personalidade (X) por orientação sexual (Y), nos indivíduos do sexo masculino (médias e desvios-padrão).....	37

1. Introdução

As pessoas pertencentes às minorias sexuais apresentam relevantes disparidades de saúde mental em face da população geral (Frost, 2008).

A população de lésbicas, *gays*, bissexuais e transsexuais (LGBT) encontra 2-3 vezes maior probabilidade de reportar desconforto psicológico no último mês (12%) e de sofrer de perturbações de ansiedade generalizada (13%) ou perturbação depressiva major (18%) nos últimos 12 meses, quando comparado com o grupo de heterossexuais, apesar de existir alguma heterogeneidade (King, 2008; Cochran, 2003; Ploderl, 2015). Estima-se que o panorama não seja muito diferente no grupo LGBT da população portuguesa. Nos últimos 12 meses, em Portugal, as prevalências da população geral para aquelas perturbações de ansiedade e de depressão foram respetivamente de cerca de 2% e 7% e para qualquer tipo de ansiedade foi de 16% (Caldas de Almeida, 2013). Ao longo da vida as prevalências duplicam, em especial no grupo feminino (OR= 2.9 e OR=2.3) (Caldas de Almeida, 2013). Demonstrou-se ser o país da Europa com prevalências mais elevadas de todo o tipo de perturbações, algo comparável às estimativas encontradas nos EUA (Kessler, 2005).

É importante reconhecer a perturbação depressiva major como a principal causa de incapacidade no mundo inteiro (Ferrari, 2013) e que, em conjunto com as perturbações de ansiedade, são as perturbações de saúde mental mais comuns.

Em acréscimo, o suicídio é considerado uma prioridade de saúde (WHO, 2014). O risco suicidário (tentativas) encontrado entre as minorias sexuais ao longo da vida foi o dobro do grupo de heterossexuais (RR *pooled*=2.47) (King, 2008), sendo particularmente elevado em indivíduos bissexuais (Balsam, 2005; Dodge, 2016; Koh, 2006; Friedman, 2014; Mustansky, 2010) e em homens (RR=4.28) (King, 2008), sobretudo jovens (CDC, 2011; Haas, 2011).

Estes números demonstram, em análises de modelos multinível, que a orientação sexual é um fator preditor de ideação suicida, tentativas de suicídio e comportamento auto-lesivo, mesmo quando controlada a influência familiar (Balsam, 2005).

A partir da revisão da literatura ressaltam dois aspetos. Seria de supor que nos países onde é maior a aceitação da orientação não heterossexual, e consequentemente menor a discriminação social, esta relação entre orientação sexual e ansiedade/depressão fosse atenuada no grupo das minorias sexuais. Demonstra-se que a ansiedade/depressão são ainda consideráveis, quando comparado com outros países menos tolerantes (Sandfort, 2006;

Lewis, 2009; Björkenstam, 2017), o que significa que parecem existir outros fatores, para além da discriminação, a intervir sobre o grupo LGBT.

O segundo aspecto refere-se ao estado depressivo e ao estado suicidário comportarem-se como entidades distintas, como mostram os recentes modelos de dinâmica não linear (Fartacek, 2016). O estado suicidário refere-se a um modo de reduzida adaptabilidade cognitiva, emocional e comportamental (Fartacek, 2016). Com efeito, não se verificou uma relação entre o nível de desconforto psicológico referido até às 2-4 semanas anteriores com o risco de suicídio (Fartacek, 2016). Para este estado de suicídio parecem concorrer duas motivações quase opostas. Por um lado as motivações internalizantes, a dor psicológica insuportável (Shneidman, 1981), a desesperança e inutilidade, e o isolamento social são associadas a maior ideação suicida. Por outro, as motivações externalizantes punitivas (por exemplo o suicídio ser uma forma de agredir a terceira pessoa) e a auto-capacidade que se associam a uma intencionalidade suicida (Holden, 2006). Independentemente da desesperança parece existir um nível de heteroagressividade que é factor de risco para a forma mais grave de suicidalidade (Holden, 2003). Os níveis mais elevados de agressividade poderão constituir-se como protectores do plano de suicídio.

Deste modo existe um interesse emergente em dar um contributo para a previsão do risco suicidário que acomete as minorias sexuais, em especial relacionando as características de personalidade, psicossociais e demográficas dos indivíduos LGBT.

Os inquéritos demográficos de vários países revelam que, na população total, cerca de 5 a 10% de indivíduos pertencem a minorias sexuais (lésbicas 1-5%, gays 2-8%, bissexuais 1-3%, pansexuais, assexuais 0.5-1%) (Lunn, 2017; Gates, 2011; Hughes, 2010; Cáceres, 2006).

Uma fonte importante de discrepâncias entre os resultados dos estudos surge da categorização dos grupos de orientação sexual. No entanto, conhece-se a natureza contínua da distribuição da orientação sexual e a sua multidimensionalidade que inclui identidades, atrações e comportamentos sexuais dos indivíduos (Kinsey, 1948; Savin-Williams, 2014). Isto significa que as diferentes classificações poderão mensurar diferentes características. Por outro lado, as metodologias de recolha dos participantes, por telefone, online ou presencialmente, resultam na obtenção de amostras diferentes. Por exemplo a autoidentificação, como pertencente a uma minoria sexual, torna-se substancialmente superior quando o inquérito é efetuado online.

E assim, para este estudo, socorremo-nos da definição do termo minoria sexual efectuada por Rodrigues (2017). A minoria sexual “inclui uma variedade de identidades de género, sexual e expressões que diferem das normas culturais”, geralmente compreendendo os indivíduos “lésbicas, gays, bissexuais e transgénero”. O entendimento desta definição intersecta outros elementos de natureza indissociável do indivíduo, crenças, valores, influências étnicas e sociais. Apesar de tudo muitos estudos adotam estas classificações simplificadas da realidade identitária sexual (Hughes, 2010, Savin-Williams, 2010) e foram estas que adoptámos.

De seguida as próximas seccções visam abordar brevemente alguns dos factores potencialmente mais relevantes no âmbito da depressão e ansiedade do grupo LGBT.

1.1. Personalidade

Apesar de ser um conceito complexo e multidimensional, e estando longe de ser consensual a sua definição, personalidade pode dizer-se que é o modo como as pessoas diferem umas das outras nos seus modos e características de perceber, relacionar-se e pensar acerca de ambientes ou situações sociais, bem como acerca de si próprios (APA, 2013).

Para descrever esta unicidade individual da personalidade foram criados alguns modelos teóricos, sendo um dos mais utilizados o Modelo dos Cinco Fatores (FFM) (Costa, 1999; McRae, 2004). Organiza-se numa estrutura hierárquica que agrupa as diferenças de personalidade em 5 dimensões de ordem superior: o Neuroticismo, a Extroversão, a Abertura à experiência (Openess to experience), a Amabilidade e a Conscienciosidade (abreviadamente NEOAC). Por sua vez cada dimensão, tendo uma estrutura composta, subdivide-se em subcomponentes, traços ou facetas, de ordem inferior (McRae, 2004).

O significado das dimensões, em síntese, é o seguinte: O neuroticismo (N) é uma medida de instabilidade emocional e traços de insegurança do indivíduo. A extroversão (E) compreende características de sociabilidade, audacidade e optimismo. A abertura à experiência (O) mede componentes de procura de novas ideias, fantasia, sensibilidade estética e de não convencionalidade. A amabilidade (A) caracteriza a generosidade, o comportamento não antagonista e prestativo. A conscienciosidade (C) identifica o grau de empenho, organização e responsabilidade dos indivíduos (Lima, 2000 cit Costa 1999). No modelo dos 5 fatores, o

neuroticismo é o único com estrutura pela “negativa”; o seu inverso seria uma medida de Estabilidade Emocional (Costa, 1999).

Contudo os domínios da personalidade assumem uma importância desigual sobre o bem-estar e a saúde mental (Yong-Kyu, 2006; Rosario, 2010). Numa revisão sistemática, o neuroticismo foi maior naqueles indivíduos com mais atitudes internalizantes e centradas no próprio (Allen, 2018). Constitui um marcador de vulnerabilidade para ansiedade e depressão (Kendler, 2004; Zietsch, 2011) e associa-se a prevalências aumentadas de outros problemas psicopatológicos (Kotov, 2010; Lahey, 2009; Ormel, 2012), incluindo disfunção e insatisfação sexuais (Allen, 2018) e a inferior esperança de vida (Lahey, 2009).

Verifica-se o oposto em relação à extroversão (Allen, 2018). A extroversão é considerada um preditor de todas as vertentes da qualidade de vida (Mikulášková, 2015) e do bem-estar (DeNeve, 1998; Steel, 2008; Røysamb, 2018).

O domínio abertura a novas experiências relaciona-se com uma mais extensa autoapreciação em termos gerais, de saúde mental (Zoeterman, 2014) e global (Ironson, 2008), bem como a uma afectividade positiva em face de um acontecimento de vida adverso (Williams, 2015). Encontra-se aumentado nas minorias sexuais em vários estudos e tanto mais quanto menor a sua relação com atitudes homofóbicas (Allen, 2018), estando implicado num desenvolvimento positivo da identidade LGBT (Tesch, 1987). A atitude disposicional de procura de novas realidades e quebra de normas parece possibilitar uma maior exploração geral da sua própria identidade (Savin-Williams, 2008).

Por sua vez a amabilidade está ligada a maior estabilidade de relacionamentos e menos comportamentos de risco (Allen, 2018), provavelmente por intermédio de traços prosociais e do ser-se assertivo e directo.

Quaisquer que sejam as dimensões da personalidade, elas poderão desenvolver-se temporalmente numa matriz psicológica e social menos adaptativa, perturbando a saúde mental. Este modelo dimensional é inclusivo de traços ditos normais e anormais num mesmo indivíduo (Widiger, 2009), o que permite uma leitura menos estigmatizante da perturbação de personalidade.

A idade e o sexo são importantes moderadores dos efeitos da personalidade, incluindo aqueles que afectam o grupo das minorias sexuais (Allen, 2018). Com a idade, os indivíduos tendem a pontuar valores algo mais elevados em facetas da amabilidade, da conscienciosidade e mais reduzidos do neuroticismo e da abertura à experiência, indicando

uma espécie de maturação da personalidade no sentido de desejabilidade social (Kandler, 2010; Bleidorn, 2009). Com a idade, a agressividade e a ansiedade social parecem diminuir (Bleidorn, 2009).

Está mais ou menos estabelecida a constância geral da personalidade com a idade (Roberts, 2006), apesar de existir alguma variação a nível das facetas. De facto, estudos mostram que a personalidade resulta de uma hereditabilidade moderada (Jang, 1998; Bouchard, 2004; Kandler, 2010; Mõtus 2015). Deste modo, a personalidade descreve características particulares de cada indivíduo passíveis de ser medidas num qualquer ponto ao longo da vida, pois são relativamente invariáveis a circunstâncias externas (Costa, 1999).

Numa outra abordagem, o sexo feminino nos mais diversos países do mundo, apresenta pequenas diferenças de personalidade em relação ao masculino. As mulheres revelam uma tendência a pontuações mais elevadas no neuroticismo e, embora mais discretas, em alguns traços de extroversão, amabilidade e conscienciosidade (Schmitt, 2008; Jang, 1998; Lippa, 2005). Estas diferenças no grupo das minorias sexuais parecem inverter-se. Por exemplo as mulheres lésbicas apresentam níveis médios de neuroticismo e conscienciosidade inferiores aos níveis médios das mulheres heterossexuais, e que se assemelham aqueles encontrados no grupo dos homens heterossexuais. Do mesmo modo os homossexuais masculinos pontuam mais nestas dimensões, índices próximos das mulheres heterossexuais.

Com base nestes achados, Lippa (2005) considerou poder existir uma aproximação ao sexo oposto em relação às características de personalidade. Este autor verificou esta hipótese em outros traços, como os interesses, a escolha de profissões e ocupação de tempos livres. Os indivíduos homossexuais masculinos escolhem profissões mais ligadas a pessoas e têm interesses mais associados ao estereótipo feminino, o inverso acontecendo entre as mulheres lésbicas que escolhem profissões consideradas mais ligadas ao estereótipo masculino (Lippa, 2005; Smith, 2008; Zheng, 2011).

Como o género feminino se correlaciona com níveis maiores de ansiedade e depressão do que o masculino, seria de pensar que os índices de feminilidade também no grupo das minorias sexuais tivessem uma associação directa com os níveis de ansiedade e depressão. No entanto, o grupo das minorias sexuais apresenta globalmente uma maior prevalência de perturbações de ansiedade e depressão que os indivíduos heterossexuais, e que não é particular aos indivíduos com maior feminilidade. Isto significa que mais fatores para além dos índices de género e da personalidade, são fatores de risco para doença mental.

Em adição, o grupo das minorias sexuais apresenta pontuações mais elevadas na abertura à experiência, comparativamente ao grupo de heterossexuais (Zoeterman, 2014), independentemente do género. Um estudo efetuado sobre o temperamento, o qual apresenta uma elevada sobreposição com a personalidade (Trofimova, 2010), encontrou diferenças específicas associadas a cada categoria de orientação sexual (Guerim, 2015). Uma maior proporção de indivíduos bissexuais, do que de indivíduos heterossexuais, apresentaram temperamentos externalizantes e de instabilidade afetiva, em oposição aos temperamentos estáveis e internalizantes. Por sua vez os indivíduos homossexuais masculinos relacionaram-se em maior proporção com temperamentos internalizantes e de instabilidade afetiva. Os traços das mulheres lésbicas encontraram-se numa posição intermédia entre os temperamentos das mulheres bissexuais e heterossexuais (Guerim, 2015). Guerreiro (2013) verificou que os temperamentos marcadamente afectivos (depressivos, ciclotímicos, ansiosos ou irritáveis) encontram-se em cerca de 15-20% da população geral e associam-se a um muito elevado risco de suicídio.

E assim a teoria que se baseia nos índices de masculinidade-feminilidade proposta por Lippa (2010) não explica a totalidade das diferenças encontradas nos traços de personalidade entre as diferentes orientações sexuais.

1.2. Bem-estar psicológico

A satisfação de vida, a qualidade de vida, o bem-estar, a felicidade, índices de stress são utilizados muitas vezes de forma indistinta para caracterizar a satisfação do indivíduo em relação à sua vida global. Nas escalas utilizadas em investigação, tenta-se mensurar este conceito utilizando questões como: “Quão satisfeito está com a sua qualidade de vida?”, “Considerando tudo, quão feliz é a sua vida?” Como se trata de uma avaliação subjetiva, resulta da interferência de emoções positivas e negativas actuando sobre um conjunto de expectativas, crenças e valores individuais sobre a vida, imersas num contexto sociocultural (WHO, 1994; Salvador-Carulla, 2014).

Relativamente ao grupo das minorias sexuais, este pontua consistentemente valores inferiores de satisfação com a vida do que o grupo de heterossexuais (Powdthavee, 2015). As pessoas heterossexuais são as mais satisfeitas com a vida, seguido das pessoas homossexuais,

das que respondem “outros” em relação à orientação sexual, e por fim as pessoas bissexuais são as menos satisfeitas. O diferencial é maior no grupo feminino, em que as mulheres não heterossexuais têm menor satisfação do que as heterossexuais.

A partir da percepção dos indivíduos, os factores referidos que apresentam uma correlação mais forte para a satisfação de vida consistem na percepção da estabilidade dos relacionamentos íntimos, na situação face ao emprego/rendimentos e a saúde, tanto na população geral (Dolan, 2008), quanto nas minorias sexuais (Berggren, 2015; Liu, 2015; Powdthavee, 2015).

O grupo LGBT ainda refere ser importante o suporte social (Liu, 2015). No entanto quando o desenho do estudo inclui uma escala abrangente como a WHO-QoL (WHO,1995), verifica-se que a qualidade de vida se determina em grande parte pela sua componente psicológica, e menos pelas componentes social, física ou de saúde (Skevington, 2018).

1.3. Rede social

Numa revisão da literatura, os fatores sociais são determinantes para a iniciação e manutenção da doença mental (Silva, 2016). O nível de suporte social é um dos fatores protetores (Kulkin, 2006) ou de risco (Teasdale, 2010; Hatzenbuehler, 2009; Johns 2018) mais relevantes para o indivíduo em resposta a situações agudas, crónicas, na saúde e na doença, em particular para a comunidade LGBT. Inclui um componente quantitativo, objetivo que referencia o conjunto de estruturas e instrumentos de apoio, por exemplo o número de amigos, familiares próximos, o número de instituições de apoio, valores monetários. O componente qualitativo, subjetivo, do suporte social é aquele que é emocional e percecionado, por exemplo a percepção da adequação e a satisfação com a dimensão social da própria vida (Thoits, 1982). Também aqui fica patente que a dimensão subjectiva é consideravelmente aquela mais relevante para o indivíduo (Wethington, 1986).

Para Thoits (1982) a rede social existe em função do grau de necessidades sociais básicas – afeto, estima, pertença, identidade e segurança – obtido através da interação com os outros, numa rede de comunicação e de obrigações mútuas (Cobb, 1976). Deste modo as necessidades sociais subjetivas e objetivas são satisfeitas em vários níveis de aproximação

interpessoal. A relação entre a saúde mental e o sentimento de pertença foi demonstrado para grupos com diferentes orientações sexuais (McLaren, 2015).

Enquanto que os indivíduos heterossexuais obtêm a maior parte do suporte emocional e instrumental a partir da unidade familiar, os indivíduos LGBT recorrem a comunidades *gay* com um sentido pragmático. As comunidades *gay* servem um propósito intermediário entre a comunidade geral e a rede mais íntima de amigos (Woolwine, 2000). É no grupo de amigos mais próximos onde preenchem a maioria das necessidades básicas sociais (McLaren, 2015). O sentimento de pertença a uma comunidade *gay* facilita o sentimento de pertença à comunidade geral, provavelmente porque, ao permitir uma identificação emocional significativa e um sentimento positivo da identidade, contribui para aumentar a autoconfiança de enfrentar uma comunidade mais global, diversa e menos apoiante (McLaren, 2015). Uma interação face-a-face, significativa e regular com o(s) outro(s) valorizam o indivíduo da forma mais determinante. Por oposição, estimular as interrelações unicamente na comunidade geral apenas agrava sintomas de ansiedade ou depressão, dada a génese de uma maior desconexão e isolamento (Woolwine, 2000).

Durante a adolescência a rede social assume um significado particular, uma vez que se trata de uma fase caracterizada por autonomização crescente, e ainda, como vimos, muito susceptível a malestar psicológico e doença mental (McLaren, 2015).

Em regra, as minorias LGBT possuem uma rede social mais extensa e densa, mas por vezes menos apoiante (McLaughlin, 2010; Fredriksen-Goldsen, 2013). Apesar disso, pertencer a estas comunidades e formar ligações fortes foram alguns dos aspectos positivos referidos pelas minorias sexuais (Riggle, 2008).

Podemos ver apontados os principais fatores sociais de risco para a saúde mental: famílias disfuncionais, inexistência de um confidente ou amigo, desemprego, maiores dificuldades económicas, rejeição pela escola ou pela comunidade. A acrescentar, a revelação de certos factos ou acontecimentos pelo indivíduo LGBT poder ser recebida de modo desfavorável (reação negativa, ou não apoiante) porque foi interpretada apenas à luz do fator orientação sexual ou do género por aqueles que são mais próximos, familiares ou amigos (Ullman, 2010). Esta é conhecida como uma segunda agressão, ou seja, a partir destas interações desfavoráveis emergem sentimentos de culpa, de anormalidade e de imoralidade que agravam o isolamento e a saúde mental (Yu, 2013). Todos estes fatores sociais se podem

somar no sentido de conduzir o indivíduo LGBT à sensação de perda de controlo sobre os eventos negativos e à perda de estatuto social (Yu, 2013).

E assim, a sociedade, a nível individual e também a nível estrutural (através das instituições e das suas leis) parece perpetuar o estigma e a discriminação contra as minorias (Hatzenbuehler, 2014). Sob esta perspetiva, explicam-se algumas das consequências adversas de saúde mental nas minorias sexuais (Meyer, 2003; Corliss, 2002, Hughes, 2001).

Num inquérito efetuado, 85% dos heterossexuais versus 74% das minorias sexuais referem receber o suporte que procuram. Por outro lado 9% dos indivíduos LGBT nunca ou quase nunca recebe esse apoio, em comparação com 5.5% dos heterossexuais (CDC, 2015).

1.4. Relacionamentos íntimos

A formação de ligações próximas e íntimas é o fator social mais determinante da qualidade de vida dos indivíduos, independentemente da sua orientação sexual. Para os indivíduos LGBT um relacionamento íntimo contribui para explorar e tornar íntegra a sua própria identidade sexual, aquela que é diferente da maioria (Frost, 2013). Contribui para a formação positiva do autoconceito, como fator de autossuficiência e como forma de suporte (Savin-Williams, 2007).

Bons níveis de compromisso e de intimidade revelaram ser fatores protetores de sintomas depressivos e de ansiedade, inclusive contrariando a respectiva preferência de género, isto é casais de sexo diferente em que pelo menos um membro é homossexual (Kornblith, 2016; Bauermeister, 2010; Kennedy, 2018; Tatum 2016). Por outro lado, os indivíduos mais bem adaptados e com maior suporte social são aqueles que apresentam maior probabilidade de namorar e casar (Kennedy, 2018 cit Wight, 2013). Ainda assim, a satisfação com a vida dos casais homossexuais é inferior à dos casais de sexo diferente (Kennedy, 2018). Fica por resolver a direção da causalidade, se existem características individuais ou se são os factores sociais mais implicados na ansiedade, depressão e satisfação de vida do grupo LGBT.

Os abusos juntamente com as discussões acesas são os dois maiores “contras” do casamento/união, de acordo com o referido pelo grupo LGBT no estudo de Bryant (2010). Em contraste com cerca de 30% de abusos entre os heterossexuais (Hamby, 2013), 46% dos indivíduos homossexuais sofrem abusos no relacionamento (Bryant, 1994); mas o panorama

parece ser pior no feminino (Elísio, 2018). Os grandes desafios destas uniões estão relacionados com questões financeiras e assimetrias de poder, com desequilíbrios entre dependência e intimidade e com problemas sexuais (Spitalnick, 2010). A vítima que se considera inferior, dependente e minoria, com a sociedade atuando em conluio tácito com o agressor (Elísio, 2018), é compelida a resignar-se (Hughes, 2002). A partir desta realidade, os problemas interpessoais são dos fatores mais referidos no contexto de suicídio (Wang, 2015). Por outro lado, a evidência mostra que o efeito do casamento ao nível de suporte social é complexo. As uniões do mesmo sexo decorrem por vezes com rejeição pela família e amigos (Kennedy, 2018). No que concerne a aceitação do casal formado, os casais do mesmo sexo percebem o suporte dado pelos pais e pelas organizações religiosas como fraco em média, sendo o mais forte aquele dado pelos irmãos, amigos, colegas e patrão (Bryant, 2010).

1.5. Família

A família constitui o primeiro agente de socialização do indivíduo e, como tal, é, desde os primeiros momentos de vida, um agente de transmissão de modos de pensar e de agir, por exemplo ensina os papéis de género, hierárquicos e de dinâmica de grupo, bem como os padrões culturais. Representa também uma unidade protetora e em simultâneo agressora onde o indivíduo se coloca, estando implicada em problemas de saúde de e para o indivíduo (Rebelo, 2011). Por exemplo assiste nas exigências que decorrem do desenvolvimento e da vivência de experiências pessoais (Rosario, 2014). Os progenitores influenciam a expressão de género dos filhos ensinando os padrões de comportamento masculino e feminino, mas não a identidade de género, o desejo interno de ser mais ou menos feminino ou masculino (Bem, 1996).

É também na família onde o indivíduo LGBT muitas vezes experiencia as primeiras vivências de estigma interpessoal, no decorrer das suas trajetórias de desenvolvimento da identidade sexual - a identificação de género, a primeira tomada de consciência da sua atracção dirigida a indivíduos do mesmo sexo, a tomada de consciência da sua orientação não heterossexual, a primeira revelação da sua identidade sexual. Os indivíduos que numa fase mais precoce da vida percebem sentir atracção para indivíduos do mesmo sexo, referem maior desconforto psicossocial e maior suicidalidade (Dirkes, 2016).

A maioria dos indivíduos LGBT detêm pais heterossexuais (Katz-Wise, 2016), os quais terão que lidar com o desafio de aceitar um indivíduo com uma orientação sexual “não esperada”. Tendo em conta este desafio, tem sido revelada a existência de maior conflitualidade e relações distantes nas famílias com filhos LGBT (Pearson, 2013). Por exemplo, a vinculação materna distante moderou a relação entre orientação sexual e sintomas depressivos e consumo de substâncias (Rosario, 2014). Estudos qualitativos a indivíduos LGBT relatam que o progenitor materno se sobrepõe na relação com o paterno, quer pela superproteção do filho homossexual quer pela relação fraca com o pai (Bem, 1996; Rueter, 2009). Por outro lado, o vínculo com cuidado paterno de foi o único factor protector para suicidalidade encontrado no trabalho de McGeough (2018).

As características individuais dos pais ou dos filhos poderão determinar o seu próprio ajustamento à família ou propiciar maior conflitualidade, como é a procura de novas sensações pelos jovens (Rueter, 2009) ou a hiperactividade da criança com pais rígidos.

Posteriormente, a escolha em viver com os pais na idade adulta poderá acarretar fatores protetores na doença e de apoio psicológico, à custa talvez de alguma perda de autonomia e independência (Balsam, 2005), embora muitos idosos LGBT optem por viver sós e terem redes de amigos (Fredriksen-Goldsen, 2015; Cochran, 2011; Kim, 2017).

No entanto, a estrutura familiar, a qualidade da relação progenitor-filho, os seus níveis de coesão e a saúde mental parental são fatores cuja análise detalhada está por efetuar (McGeough, 2018).

No interior da estrutura familiar, sabe-se que as minorias sexuais reportaram mais episódios de vitimização e que incluem abuso emocional, físico ou sexual intrafamiliar, quer perpetrado pelos progenitores ou irmãos, quer pelos coabitantes. Os índices são de 3.8 vezes mais abuso sexual e 1.2 vezes mais abuso físico, pelos pais em meio intrafamiliar, quando comparado com indivíduos heterossexuais (Friedman, 2011). O número total de diferentes tipos de vitimização parece ser o preditor mais forte de consequências adversas na saúde mental (McGeough, 2018 cit Finkelhor, 2011).

1.6. Acontecimentos de vida

O abuso e a violência são fatores implicados na causalidade das perturbações depressivas, de ansiedade, incluindo maior prevalência de perturbação de stress pós-traumático, e estão associadas a abuso de substâncias e relações sexuais desprotegidas (Blondeel, 2018).

A violência física e o abuso sexual encontram-se com maior frequência na história psicossocial de pessoas de minorias sexuais, desde a infância, passando pela adolescência até à idade adulta. O abuso físico é mais frequente nos indivíduos do sexo masculino (Corliss, 2002), o abuso sexual mais frequente nos indivíduos do sexo feminino (McGeough, 2018), enquanto que o abuso emocional apresenta-se em ambos os sexos. A negligência constitui-se como uma das formas de abuso emocional muito relevante para as mulheres lésbicas (Hughes, 2010). Os diferentes tipos de abuso poderão ter implicações nos mecanismos de desenvolvimento da orientação sexual, em especial o abuso sexual na infância (Roberts, 2013).

O facto de pertencerem mais frequentemente a famílias disfuncionais, em paralelo com o facto de encontrarem um ambiente desfavorável na escola, somam-se como fatores principais para a etiologia da vitimização (Kendler, 2006; Katz-Wise, 2012).

A escola é um dos locais mais frequentes de vitimização. O abuso em contexto escolar está fortemente implicado na saúde mental adversa (Espelage, 2008). Os jovens LGBT referem um risco aumentado de *bullying*. Num inquérito representativo efetuado em 2017, referem ter sido vítima de *bullying* na escola 33%, comparado a 17% com o grupo de jovens heterossexuais. Os indivíduos LGBT referindo não se sentir seguros, faltam à escola (CDC, 2017) e apresentam menor rendimento escolar. Os jovens LGBT veêm mais vezes os seus pertences danificados ou roubados (Garofalo, 1998).

Uma vez ocorrida a vitimização, as minorias sexuais estão em risco de revitimização, em especial os jovens e as mulheres (Balsam 2011; McGeough, 2018). Entretanto o número total de diferentes tipos de vitimização parece ser o preditor mais forte de consequências adversas (McGeough, 2018 cit Finkelhor, 2012).

1.7. Abuso de substâncias

O abuso de substâncias ditas ilegais é muito elevado (Cochran 2009; King, 2008, Mereish, 2014; Hughes, 2010; Chakraborty, 2010; Lachowsky, 2017) entre as pessoas de minorias sexuais e comparativamente com o grupo de pessoas heterossexuais. Estudos mostram que o risco é maior no sexo feminino, em especial no subgrupo das mulheres latinas ou negras (Mereish, 2014), no grupo de indivíduos bissexuais (Hughes, 2011) ou não conformes com o seu sexo atribuído ao nascimento (Talley, 2016 cit Santos, 2014), na idade jovem e nos indivíduos que pertencem a um baixo nível socio-económico (Marshall, 2015).

Entre as mulheres, pertencer a uma raça/etnia latina e ter tido uma história de abuso sexual na infância ou no adulto (Gilmore, 2014) ou de abuso por negligência (Mereish, 2014) confere um risco substancialmente mais elevado. Na realidade, independentemente da orientação sexual, as vítimas de abuso reportaram mais abuso de substâncias em geral. Entre os homens também os níveis mais elevados de procura de novas sensações (Newcomb, 2011) parecem conferir risco aumentado de abuso de substâncias. É possível então considerar factores gerais da população geral e factores específicos para a comunidade LGBT.

Parece portanto, que um estado de vulnerabilidade de origem biológica ou social surge como o factor comum para explicar a relação entre o maior consumo de substâncias e este grupo de indivíduos. De facto alguns estudos demonstraram ser a sintomatologia depressiva e ansiosa e as experiências de vitimização os fatores mediadores principais que se encontram entre a identidade sexual e o consumo abusivo de álcool (Meyer, 2003; Pesola, 2014; Hughes, 2010; Talley, 2014).

Enquanto é um facto não se encontrarem diferenças de desconforto psicológico entre as mulheres lésbicas e as mulheres heterossexuais, os indivíduos homossexuais e bissexuais masculinos (o dobro em relação aos homens heterossexuais) e as mulheres bissexuais (o triplo em relação às mulheres heterossexuais) foram os grupos minoritários a referir maior ansiedade e depressão e a associar-se com maior intensidade ao consumo de substâncias ditas ilegais (Branstrom, 2018). Mesmo após controlar o efeito do abuso de substâncias e para os sintomas depressivos, o risco de suicidalidade foi maior em homens que têm sexo com outros homens (Sandfordt, 2001).

1.8. Religiosidade/ Espiritualidade

O efeito da religião na satisfação de vida das minorias sexuais é ambíguo, já que poderá ser benéfico estar afiliado a uma instituição religiosa pelo seu suporte social, emocional, mas também se apresentam com regras e restrições a nível individual (a diferente permissividade de interação entre sexos, normas diferenciais concernentes à sexualidade e orientação sexual, adequação do vestuário, atividades de lazer, rituais de prática religiosa). Estes vários fatores podem afetar diferentemente, consoante o tipo de religião considerada. Aquelas com estrutura mais liberal como a protestante, têm um potencial mais aceitante das minorias sexuais do que outras de carácter mais tradicional, como a islâmica ou a católica ortodoxa (Berggren, 2015). Uma maior religiosidade conduz a atitudes mais conservadoras (Hoffarth, 2018) e maior preocupação com a revelação da sua identidade (Moleiro, 2013).

2. Objectivos e hipóteses

O objetivo primário deste estudo é o de identificar quais os fatores psicossociais, de entre os descritos atrás, aqueles que se associam aos níveis de ansiedade, depressão e risco suicidário nas minorias sexuais.

O objectivo secundário é determinar os níveis de ansiedade e depressão, bem como o risco suicidário e se diferem da população geral.

3. Metodologia

3.1. Considerações éticas

O presente estudo foi submetido e aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. O questionário do qual faz parte o estudo foi previamente verificado por uma associação que protege os direitos LGBT, de modo a ter em conta os diferentes grupos de participantes. De acordo com as normas, os participantes assinalaram o seu consentimento informado em cada questionário.

3.2. Amostra

Foi obtida uma amostra de conveniência a partir da divulgação efetuada entre várias associações LGBT e utentes de um centro de saúde urbano. Os participantes foram convidados a colaborar num estudo científico sobre o bem-estar. Acederam a um questionário através de um endereço eletrónico, que preencheram anonimamente, *on-line*, de Março a Novembro de 2018. Como critérios de exclusão consideraram-se as respostas incoerentes numa análise sumária (o que não se verificou), ser menor de idade, e não ter confirmado o consentimento informado. Trata-se assim de um estudo transversal e observacional.

Obteve-se um total de 250 respondentes, de entre os quais 7 com menos de 18 anos de idade que foram excluídos. Os 243 incluídos na análise, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos e 57% pertenciam ao sexo feminino. O nível de escolaridade obtido por 31.7% dos participantes foi o secundário ou inferior e 44% apresentaram estudos para além dos universitários. A maioria pertence à raça branca, é de nacionalidade portuguesa e pertence a uma família nuclear ou unitária. De entre os 58 indivíduos que vivem em união de facto ou que estão casados, cerca de metade pertence a uma união do mesmo sexo (45%). 142 indivíduos (58%) não professaram nenhuma religião ou espiritualidade. A maioria encontrava-se ativa face ao emprego ou é estudante e pertence à classe média (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

Variáveis	N=243	%
Sexo		243
Feminino	138	56.8
Masculino	105	43.2
Faixa etária (anos)		
18-29	164	67.5
30-39	35	14.4
≥40	44	18.1
Etnia/raça		
Branca	236	97.1
Outra	7	2.9
Nacionalidade		
Portuguesa	195	80.2
Outra	48	19.8
Escolaridade máxima (anos)		
≤12	77	31.7
13-17	59	24.3
≥18	107	44.0
Estado marital		
União de facto/ casado	58	23.9
Tipologia familiar		
Nuclear	118	48.6
Reconstruída	14	5.7
Alargada	5	2.1
Monoparental	29	11.9
Unitária	49	20.2
Outra	27	11.1
Religiosidade/Espiritualidade		
Afirmativo	101	41.6
Situação face ao emprego		
Estudante	89	36.6
Ativo	128	52.7
Desempregado	22	9.1
Reformado	4	1.6
Nível socioeconómico		
Elevado	27	11.1
Médio	180	74.1
Baixo/ Muito baixo	36	14.8

3.3. Instrumentos

Com base nos objetivos do presente estudo foram selecionados os seguintes instrumentos de medida:

Escala de Kinsey

A orientação sexual foi obtida pela aplicação da escala de medida heterossexual-homossexual, mais conhecida por escala de Kinsey. Foi desenvolvida por Alfred Kinsey, Wardell Pomeroy e Clyde Martin (1948).

A escala varia de 0 (comportamento exclusivamente heterossexual) até 6 (comportamentos exclusivamente homossexuais) (Kinsey, 1948, 1998). Deste modo, o participante situa a sua orientação sexual nas dimensões da identidade sexual e dos comportamentos sexuais, sem estar obrigado a escolher directamente uma categoria socialmente estigmatizada (Galupo,

2014). Apesar de não incluir outras dimensões, como a atracção sexual, é ainda uma escala inclusiva da grande proporção das minorias sexuais naquelas dimensões e, por consequência, muito utilizada em investigação (Drucker, 2011).

Esta escala permite ao investigador à posteriori proceder a categorizações, em função de pretender um nível mais lato ou mais particular de estudo. Por exemplo Vrangalova (2014), analisou apenas os indivíduos que seleccionaram a opção 1 (exclusivamente heterossexuais com experiências homossexuais). A maioria das investigações agrupa os participantes em 3 categorias: heterossexual, bissexual e homossexual (Galupo, 2014). Esta categorização foi por nós adoptada no presente estudo. E assim, os respondentes com valor 1 na escala de Kinsey, isto é, que se descrevem como heterossexuais mas que já tiveram experiências com pessoas do mesmo sexo foram incluídas na categoria “Bissexual”. O mesmo aconteceu com a categoria 5, incluindo-se estes participantes no grupo “Bissexual”. A orientação sexual foi, assim, codificada de acordo com as respostas: “Homossexual” se respondeu 6, “Bissexual” se respondeu de 1-5, e “Heterossexual” se respondeu 0.

Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS)

A “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)” foi originalmente desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983, 2003) para rastreio de ansiedade e depressão em contexto hospitalar não psiquiátrico. Apresenta uma validade e uma fiabilidade global boas, sendo que o valor médio de alfa de Cronbach é de 0.83 (Herrmann 1996, Bjelland, 2002). A escala de ansiedade (HADS-A) tem uma especificidade de 0.78 e sensibilidade de 0.9. Para a depressão (HADS-D) a sensibilidade é de 0.79 e a sensibilidade de 0.83 (Bjelland, 2002). Foi validada para português por Pais-Ribeiro (2007).

É uma escala que permite medir de forma rápida (2-6 minutos) um nível global de desconforto psicológico. A HADS consiste em duas subescalas, uma que mede a ansiedade (HADS-A) e outra a depressão (HADS-D), cada uma com 7 itens. Cada item é autorrespondido numa escala ordinal de 4 pontos (0-inexistente, 3-muito grave). Alguns itens foram revertidos. Os níveis podem ser determinados através da soma dos itens e pode variar de 0-42 para a escala global, e de 0-21 para cada subescala. Um valor total superior a 10 em cada subescala é indicador de “caso” de ansiedade ou depressão, e inferior a 8 é indicador de normalidade (Bjelland, 2002). Para a escala total o valor de “caso” é aquele acima de 14 e indica desconforto mental

patológico. Esta escala é uma das únicas que não é influenciada pela doença física do indivíduo (Telles-Correia, 2009).

De salientar que a prevalência de gravidade de ansiedade e depressão varia consoante a população em estudo. Encontram-se “casos” em cerca de 10% na população geral e em 38% dos indivíduos que acorrem a um centro de saúde (Wilkinson, 1988).

A proporção ansiedade/depressão também varia. Na população geral podemos encontrar um ratio de 1.4, e de entre estes os mais somatizadores apresentam um ratio de 2.5, enquanto na população oncológica encontramos um ratio de 0.5 significando uma maior prevalência de sintomas depressivos neste grupo (Herrmann, 1997).

No presente estudo, determinaram-se as frequências de “caso” para cada subescala. A partir de um limiar de 7 considerou-se estarmos perante ansiedade ou depressão.

NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI)

Para o estudo da personalidade foi utilizada a escala NEO-FFI (Costa, 1999). Esta escala é constituída por 60 afirmações auto-descritivas (itens) onde os indivíduos assinalam o seu grau de concordância, usando uma escala tipo Likert de 5 pontos que varia de 0 (discordo fortemente) até 4 (Concordo fortemente) pontos. Classifica as características individuais da personalidade em 5 domínios: o neuroticismo, a extroversão, a abertura à experiência, a amabilidade, a conscienciosidade, abreviadamente NEOAC. Cada domínio é calculado através da soma de cada 12 itens, obtendo-se pontuações de 0-48. Alguns itens encontram-se na ordem inversa.

Cada dimensão é composta de várias características que é possível discriminar. A escala originalmente concebida para o efeito, NEO-PI-R, é composta por 240 itens de onde se conseguem extrair as pontuações para cada uma das 5 dimensões NEOAC e discriminá-las em 6 facetas cada, num total de 30 facetas.

O NEO-FFI consiste numa versão reduzida do NEO-PI-R de 240 itens (Costa, 1985 e 1992 citado por Magalhães, 2014; McCrae, 2007; Lima, 2000; Bertoquini, 2006), mais prática pois preenche-se em cerca de 15 minutos, mas conseguindo-se obter apenas os valores de NEOAC. Alguns autores determinaram ser possível extrair 13 (Saucier, 1998) ou 14 subcomponentes (Chapman, 2007) do NEO-FFI, sem perda relevante da sua fiabilidade. Os subcomponentes são ansiedade (N), depressão (N), autocensura (N), afecto positivo (E), sociabilidade (E),

actividade (E), Interesses estéticos (O), interesses intelectuais (O), excentricidade (O), orientação não antagonista (A), orientação prosocial (A), Ordem (C), Empenho (C), Confiabilidade (C). A orientação não antagonista mede o nível de conciliação para com os outros, enquanto que a orientação prosocial mostra o nível de gregariedade.

A escala NEO-FFI foi adaptada para a população portuguesa por Magalhães (2014). No presente estudo a consistência interna foi indicativa da fiabilidade da escala (Alfa Cronbach de 0.90; 0,73; 0,66; 0.73; 0.85 para os domínios NEOAC, respetivamente, e de 0.63 para a escala total). Parece funcionar bem em adultos de diferentes idades e em diversas culturas e países (Lima, 2014; McRae, 2007; Murray, 2003).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A escala ESSS, originalmente desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999), foi utilizada para medir o grau de satisfação com o suporte social.

A escala é constituída por 15 frases de autopreenchimento de acordo com o grau de concordância para com essas afirmações, numa escala de Likert com 5 posições: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo, nem discordo”, “discordo a maior parte”, “discordo totalmente”. Os itens são cotados de 1 a 5, podendo variar entre 15 e 75. A pontuação mais alta significa uma maior perceção de satisfação com o suporte social. Foi validada por Pais-Ribeiro (1999), com recurso a várias escalas de saúde, bem-estar e mal-estar, que se encontram intimamente ligadas a essas variáveis. As valências podem variar de 1-25 (amigos), de 1-20 (Intimidade), de 1-15 (família); de 1-15 (atividades sociais).

A consistência interna obtida no presente estudo foi de 0.88 (Alfa de Cronbach).

Suicidalidade

- Ideação suicida - A ideação suicida consiste em pensamentos recorrentes de desejo de morte e pode ser considerada o primeiro marcador de risco de suicídio (DGS, 2013). Pode ser entendido como ideação suicida passiva (Guerreiro, 2014). Foi inquirida do seguinte modo: “Já pensou que desejaria morrer?” Os participantes puderam seleccionar entre dois campos de resposta Sim e Não.

- Planos de suicídio – É um conceito mais controverso classificado quer como ideação suicida activa, quer como planeamento (Guerreiro, 2014). Implica uma intencionalidade e uma maior

gravidade na direcção do desejo de morte. Foi inquirida do seguinte modo: “Já planeou a sua morte?”. Existiram dois campos possíveis de resposta: Sim e Não.

Outras variáveis

Foram indagadas aos participantes outras questões que se constituíram nas seguintes variáveis:

- Existência de consultas de Psicologia/ Psiquiatria – dicotómica Sim/Não;
- Consumo de fármacos psiquiátricos – dicotómica Sim/Não;
- Consumo de drogas ditas “ilegais” nos últimos 12 meses – dicotómica Sim/Não;
- História de abuso em contexto escolar. Tratou-se de uma variável escalar, classificada de 0-3: Nunca, Raramente, Poucas vezes, Muitas vezes.
- Variáveis sociodemográficas: A idade e a escolaridade foram distribuídas em 3 grupos cada. As profissões foram codificadas em 3 categorias: Prestígio, Coisas-Pessoas, Informação-Ideias, de acordo com a classificação de Lippa (2014). A família foi recodificada em 6 tipos: a unitária, a nuclear, a alargada, a reconstruída, a monoparental, outras. A situação relacional dividiu os participantes em “Vive em união de facto/ casamento, com +/- coabitantes”, “Vive com familiares (que não parceiro íntimo)”, “Vive com outras pessoas que não familiares”, “Vive só”. A situação face ao emprego foi dicotomizada entre ativo e não ativo.

3.4. Análise estatística

Primeiramente foi efectuada uma análise descritiva univariada (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão). Os participantes que assinalaram 1-6 na escala de Kinsey foram incluídos no grupo das minorias sexuais, de acordo com as recomendações (Klein, 1985; Kinnish, 2005). Os participantes que assinalaram 0 na escala de Kinsey foram considerados heterossexuais e constituíram o grupo de controlo.

As variáveis escalares, subescalas HADS, abusos em contexto escolar, foram estudadas na forma directa com médias e desvios padrão e também foram recodificadas em “Caso”/Abuso, “não caso”/Não abuso e estudadas as frequências e percentagens.

De seguida foram determinadas associações bivariadas, procurando as diferenças estatísticas. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $p \leq .05$, e entre

0.1-0.05 foi considerado marginalmente significativo. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado de independência por simulação de Monte Carlo, a Manova, a regressão logística, a regressão linear múltipla. Nas comparações a posteriori utilizou-se o teste de Bonferroni, dado o número elevado de comparações. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

4. Resultados

Num primeiro momento será apresentada uma análise descritiva das variáveis mais relevantes para o nosso estudo e, posteriormente, serão apresentados e discutidos os resultados relativos às hipóteses.

4.1. Orientação sexual e variáveis sociodemográficas

Nesta amostra, 191 participantes pertencem a uma minoria sexual, de entre os quais 32 mulheres referem ter uma orientação homossexual e 73 mulheres uma orientação bissexual. Entre os homens, 55 referem uma orientação homossexual e 31 bissexual. No total obtivemos 52 participantes heterossexuais. Na tabela 2 podemos encontrar as características sociodemográficas distribuídas por cada um destes grupos.

Observamos que a distribuição dos participantes por faixa etária é desigual. A categoria heterossexual está em média mais representada nas faixas etárias acima dos 30 anos, enquanto as minorias se encontram sobretudo na faixa etária dos 18 aos 29 anos.

Podemos verificar que não existem assimetrias relativamente à nacionalidade ou à raça. Trata-se de uma amostra com um nível de escolaridade elevado, tanto no grupo heterossexual, quanto nas minorias. Este nível é algo inferior entre os indivíduos bissexuais, diferença que, em comparação com os outros grupos, não se mostrou estatisticamente significativa, para qualquer sexo.

No que concerne à crença religiosa ou espiritual, na amostra das mulheres, encontraram-se proporções significativamente superiores ao esperado de participantes com orientação bissexual e homossexual sem crença religiosa (71.2% e 78.1%), $\chi^2 (2) = 35.688, p = .001$.

Por sua vez a situação face ao emprego ativa/inativa foi diferente na amostra das mulheres. Encontrou-se uma proporção significativamente superior ao esperado de participantes com orientação heterossexual nos ativos, com ocupação remunerada (72.7%), $\chi^2 (2) = 7.820, p = .020$.

Tabela 2. Características sociodemográficas por orientação sexual

	Mulheres							Homens						
	Homossexuais		Bissexuais		Heterossexuais		sig	Homossexuais		Bissexuais		Heterossexuais		sig
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Frequência	32	13.2	73	30.0	33	13.6		55	22.6	31	12.8	19	7.8	
Faixa etária (anos de idade)														
18-29	26	81.3	55	75.3	15	45.5		44	80.0	20	64.5	4	21.1	
30-39	5	15.6	14	17.8	4	12.1		5	9.1	6	19.4	2	10.5	
>40	1	3.1	5	6.8	14	42.4		6	10.9	5	16.1	13	68.4	
País de nascimento														
Portugal	31	96.9	67	91.8	28	84.8		52	94.5	26	83.9	19	100	
Raça/etnia														
Branca	31	96.9	72	98.6	31	93.9		53	96.4	30	96.8	19	100	
Nível de escolaridade							.819							.898
Até 12º	7	21.9	22	30.1	10	30.3		19	34.5	13	41.9	6	31.6	
>12º - Licenciatura	8	25.0	21	28.8	8	24.2		13	23.6	5	16.1	4	21.1	
Superior à licenciatura	17	53.1	30	41.1	15	45.5		23	41.8	13	41.9	9	47.4	
Religião/Espiritualidade							***							.626
Sim	7**	21.9	21**	28.8	28	84.9		22	40.0	13	41.9	10	52.6	
Situação face ao emprego														
Ativo/Ocupação remunerada	13*	40.6	35	47.9	24	72.7		29	52.7	15	48.4	12	63.2	
Desemprego	5	15.6	6	8.2	1	3.0		4	7.3	3	9.7	3	15.8	***
Situação relacional/familiar							.229							
Vive em união de facto/casamento, com +/- coabitantes	4*	9.4	21	28.8	13*	39.4		6*	10.9	5	16.1	10*	52.6	
Vive com familiares (que não parceiro íntimo)	22*	68.8	38	52.1	14	42.4		26	47.3	20	64.5	2	10.5	
Vive com outras pessoas que não familiares	3	9.4	6	8.2	2	6.1		4	7.3	2	6.5	1*	5.3	
Vive só	4	12.5	8*	11.0	4	12.1		19*	34.5	4	12.9	6	31.6	
Nível socioeconómico							.143							.857
Muito alto	2	6.3	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Alto	5	15.6	15	20.6	3	9.1		6	10.9	4	12.9	1	5.3	
Médio	22	68.8	53	72.6	26	78.8		42	76.4	23	74.2	14	73.7	
Baixo	3	9.4	5	6.9	4	12.1		7	12.7	4	12.9	4	21.1	
Qualidade de vida							.693							.892
Muito boa	5	15.6	10	13.7	3	9.1		7	12.7	5	16.1	1	5.3	
Boa	20	62.5	46	63.0	19	57.6		33	60.0	19	61.3	13	68.4	
Média	6	18.9	17	23.3	10	30.3		11	20	4	12.9	4	21.1	
Má	1	3.1	0	0	1	3.03		4	7.3	3	9.7	1	5.3	

n – frequência; sig – significância; * p≤.05; ** p≤.01; ***p<.001

A nível relacional, a maioria vive com membros da família ou com um parceiro conjugal (63-82% dos participantes). As minorias sexuais vivem em elevada proporção com membros da família que não o cônjuge ou o parceiro. Na amostra dos homens encontrou-se uma proporção significativamente superior ao esperado de participantes com orientação bissexual a viver com os familiares que não o parceiro (64.5%), $\chi^2(6) = 23.776, p = .001$.

Em relação a tipologias familiares não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diversos grupos de orientação sexual (ver Tabela 3).

Tabela 3. Tipo de família por orientação sexual

	Mulheres							Homens						
	Homo		Bi		Hetero		sig. ns	Homo		Bi		Hetero		sig. ns
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Nuclear	18	56.3	38	52.1	16	48.5		23	41.8	13	41.9	10	52.6	
Reconstruída	3	9.4	5	6.8	3	9.1		1	1.8	2	6.5	0	0	
Alargada	1	3.1	1	1.4	1	3.0		1	1.8	1	3.2	0	0	
Monoparental	2	6.3	9	12.3	5	15.2		5	9.1	6	19.4	2	10.5	
Unitária	4	12.5	12	16.4	4	12.1		19	34.5	4	12.9	6	31.6	
Outra	4	12.5	8	16.4	4	12.1		6	10.9	5	16.1	1	5.3	

n - frequência; sig. - significância; ns - não significativo; Homo - Homossexual; Bi - Bissexual; Hetero - Heterossexual

A maioria (84.3-93.5%) refere pertencer a um nível socioeconómico médio ou alto e 66-79% considera ter uma qualidade de vida boa ou muito boa, não se encontrando diferenças significativas entre os grupos. Em relação às categorias da profissão mencionada nas respostas do questionário, não encontrámos diferenças significativas (Ver Tabela 4), contudo podemos visualizar melhor na figura 1 que existe uma tendência para o grupo das minorias sexuais escolherem profissões mais relacionadas com “objectos” (e menos a “pessoas”), quando comparado com os seus congéneres heterossexuais.

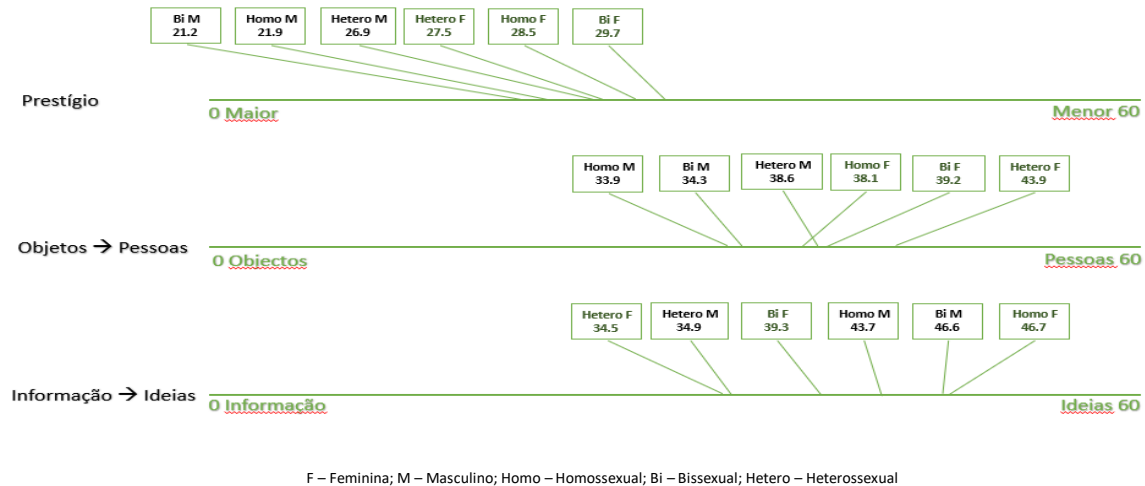
Tabela 4. Categorias da profissão por orientação sexual

	Mulheres							Homens						
	Homo		Bi		Hetero		Sig. ns	Homo		Bi		Hetero		Sig. ns
	M	DP	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	M	DP	
Profissão														
Prestígio decresce 1→60	28.5	13.6	29.7	17.2	27.5	19.8		21.9	14.3	21.2	15.4	26.9	14.6	
Objetos→pessoas	38.1	18.0	39.2	17.1	43.9	12.8		33.9	19.5	34.3	17.6	38.6	19.7	
Informação→ideias	46.7'	14.5	39.3	20.6	34.5	19.1		43.7	14.6	46.6	11.0	34.9	17.5	

M- média; DP - desvio padrão; ' marginalmente significativo p<.1

O grupo das minorias tende a ocupar profissões mais relacionadas com “ideias” (e não tanto com “informação”), diferença que se aproximou da significância estatística ($F = 2.17, p .06$).

Figura 1. Profissões classificadas em 3 categorias: Prestígio, Objetos-Pessoas, Informação-Ideias.



4.2. Orientação sexual e personalidade

No referente à personalidade foram efetuadas análises sobre os domínios NEOAC e os 14 subcomponentes do NEOFFI por sexo e por orientação sexual (ver tabela 5).

Os testes multivariados da Manova indicam que, nas mulheres e nos homens, existem diferenças estatisticamente significativas em pelo menos um dos traços de personalidade, Pillai's Trace = .333, $F(32, 242) = 1.5098, p = .045$, Pillai's Trace = .482, $F(32, 176) = 1.746, p = .013$.

No grupo feminino encontraram-se diferenças nos domínios abertura às novas experiências (O) e nos subcomponentes depressão (N), interesses intelectuais (O), excentricidade (O). No neuroticismo e na ordem (C) as diferenças foram marginalmente significativas. Para a subcomponente depressão do domínio neuroticismo, $F(2, 135) = 3.059, p = .050$, o teste de comparações emparelhadas indica que as mulheres bissexuais apresentam valores significativamente mais elevados do que as mulheres heterossexuais. No domínio abertura à experiência, $F(2, 135) = 5.641, p = .004$, as mulheres bissexuais apresentam valores significativamente mais elevados do que as mulheres heterossexuais. Em relação aos seus sub-componentes, para os interesses intelectuais (O), $F(2, 135) = 6.234, p = .003$, as mulheres bissexuais apresentam valores significativamente mais elevados do que as mulheres

heterossexuais, bem como para a excentricidade (O), $F(2, 135) = 8.899, p = .001$. Em relação aos interesses intelectuais as diferenças entre as mulheres homossexuais e as heterossexuais atingiram a quase significância estatística.

Se compararmos os valores obtidos na população geral por Peixoto-Lima (2014), podemos verificar que as diferenças para o neuroticismo e para a conscienciosidade provavelmente seriam significativas a nível estatístico (Figura 2).

No grupo masculino, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para o neuroticismo e extroversão da personalidade (ver Tabela 5), bem como nos subcomponentes depressão (N), autocensura (N), sociabilidade (E), atividade (E), interesses intelectuais (O) e confiabilidade (C) (ver Figura 3). Para a conscienciosidade as diferenças foram marginalmente significativas.

No neuroticismo, $F(2, 102) = 3.059, p = .006$, os homens bissexuais e homossexuais têm níveis de neuroticismo significativamente mais elevados do que os heterossexuais.

Tabela 5. Pontuações dos domínios da personalidade nos diferentes grupos por orientação sexual.

	Mulheres							Homens						
	Hetero		Bi		Homo		Sig.	Hetero		Bi		Homo		sig.
	M	DP	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	M	DP	
<i>Neuroticismo</i>	26.5	9.2	29.2	9.4	25.2	10.0	.098'	19.4	10.2	27.9	10.5	26.6	8.6	.006**
ansiedade	7.6	2.8	7.7	2.6	6.7	3.0	.192	6.2	2.5	7.2	3.1	7.1	2.6	.361
depressao	6.4	2.8	7.5	2.6	6.4	2.9	.050*	4.7	3.0	7.2	2.8	7.1	2.8	.003**
autocensura	10.3	4.5	11.5	4.5	9.9	4.6	.167	6.7	5.0	11.2	5.1	10.2	4.4	.005**
<i>Extroversão</i>	27.3	5.1	25.3	6.5	26.6	5.9	.244	29.9	6.7	27.6	6.2	25.8	6.0	.045*
afectopositivo	10.1	2.7	9.5	2.9	10.7	2.9	.139	9.7	2.4	9.6	3.4	9.5	2.7	.979
sociabilidade	7.5	1.6	6.7	2.2	7.1	2.7	.232	9.4	2.6	8.2	2.1	7.8	2.6	.046*
atividade	9.8	2.6	9.1	3.1	8.8	2.2	.351	10.8	3.0	9.8	2.7	8.5	2.7	.005*
<i>Abertura à experiência</i>	30.5	4.3	34.4	6.5	32.9	4.1	.004**	33.3	6.0	34.0	5.9	31.5	5.7	.142
interessesestéticos	8.2	2.1	8.3	2.6	7.8	2.0	.679	8.4	2.9	7.8	2.7	7.0	2.9	.179
interesses intelectuais	7.5	1.6	8.8	2.1	8.5	1.6	.003**	9.2	2.1	9.6	2.1	8.4	1.9	.016*
excentricidade	10.2	1.9	12.0	2.2	11.3	1.6	.000***	10.3	1.9	11.1	2.2	11.1	2.1	.316
<i>Amabilidade</i>	33.6	4.5	32.4	6.3	34.4	4.8	.200	32.7	5.4	31.6	6.8	33.0	6.1	.571
orientação não antagonista	21.5	3.6	20.7	4.6	22.1	3.4	.268	20.2	3.8	20.0	4.6	21.2	4.1	.388
orientação prosocial	12.2	1.8	11.6	2.7	12.3	2.0	.333	12.5	2.1	11.5	2.6	11.8	2.4	.381
<i>Conscienciosidade</i>	32.4	5.9	30.2	7.2	31.8	6.2	.228	33.9	6.5	28.3	8.9	30.4	8.4	.068'
ordem	12.5	4.2	10.9	3.9	12.4	3.6	.069'	12.5	4.2	10.0	5.0	11.5	4.5	.136
empenho	8.2	2.0	7.9	2.3	8.0	2.0	.779	8.6	1.7	7.7	2.6	7.7	2.8	.434
confiabilidade	11.6	1.6	11.4	2.3	11.4	1.8	.838	12.8	2.1	10.6	2.6	11.1	2.5	.008**

m – Média; dp – Desvio padrão; sig – significância; ' marginalmente significativo. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

No subcomponente depressão (N), $F(2, 102) = 6.003, p = .003$, os homens bissexuais e homossexuais apresentam níveis significativamente mais elevados do que os heterossexuais.

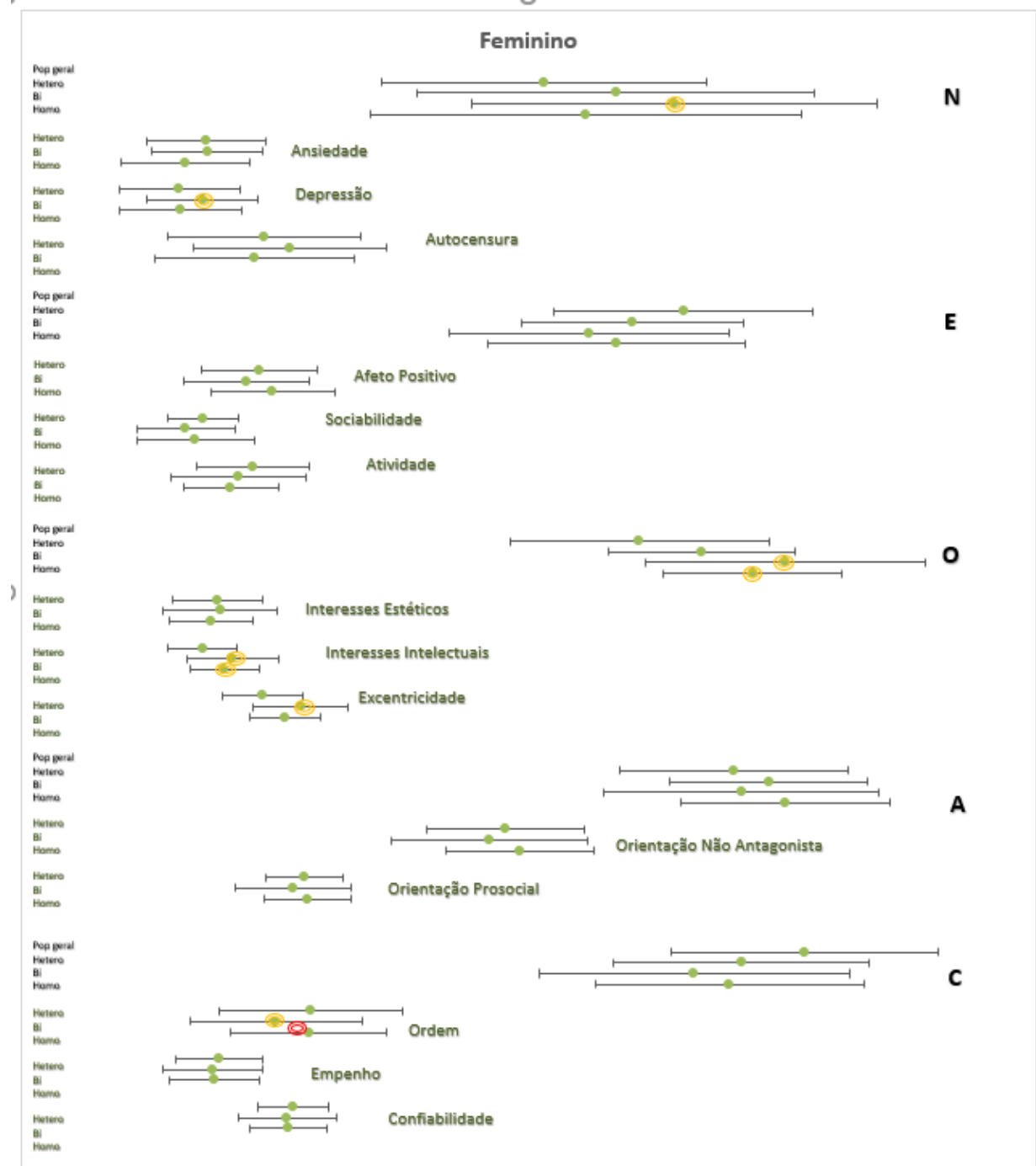
O mesmo acontece em relação ao subcomponente autocensura $F(2, 102) = 5.552, p = .005$.

No que se refere ao domínio da extroversão, $F(2, 102) = 3.198, p = .045$, os homens heterossexuais têm níveis de extroversão significativamente mais elevados do que os homossexuais. Os homens heterossexuais apresentam níveis significativamente mais elevados do que os homossexuais na sociabilidade (E), $F(2, 102) = 3.185, p = .046$, e na actividade (E) $F(2, 102) = 5.580, p = .005$.

No subcomponente interesses intelectuais do domínio da abertura à experiência, $F(2, 102) = 4.323, p = .016$, os homens bissexuais têm níveis de interesses intelectuais significativamente mais elevados do que os homossexuais.

Para a confiabilidade (C), $F(2, 102) = 5.119, p = .008$, os homens heterossexuais apresentam valores significativamente mais elevados do que os bissexuais e homossexuais.

Figura 2. Domínios e subcomponentes da personalidade (X) por orientação sexual (Y), nos indivíduos do sexo feminino. (médias e desvios-padrão)



Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual; N – Neuroticismo; E – Extroversão; O – Abertura a novas experiências; A – Amabilidade; C – Conscienciosidade; Círculos laranja – grupo significativamente diferente do grupo heterossexual a $p \leq .01$; círculos vermelhos significativamente diferente do grupo adjacente a $p \leq .01$

Figura 3. Pontuações nos domínios e subcomponentes da personalidade (X) por orientação sexual (Y), nos indivíduos do sexo masculino (médias e desvios-padrão)



Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual; N – Neuroticismo; E – Extroversão; O – Abertura a novas experiências; A – Amabilidade; C – Conscienciosidade; Círculos laranja – grupo significativamente diferente do grupo heterossexual a $p \leq 0.1$; círculos vermelhos significativamente diferente do grupo adjacente a $p \leq 0.1$.

4.3. Orientação sexual e saúde mental

Os testes multivariados da Manova indicam que, nas mulheres e nos homens, as diferenças nos níveis de ansiedade e depressão em função da orientação sexual não são estatisticamente significativas, Pillai's Trace = .065, $F(4, 270) = 2.275$, $p = .0625$, Pillai's Trace = .031, $F(4, 204) = 0.801$, $p = .526$. Observou-se uma quase significância estatística para a ansiedade, à custa de uma maior ansiedade entre as mulheres bissexuais por comparação com as mulheres homossexuais na análise discriminativa.

Tabela 6. Ansiedade, Depressão por orientação sexual.

	Mulheres							Homens						
	Homo		Bi		Hetero		sig.	Homo		Bi		Hetero		sig.
	M	DP	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	M	DP	
Ansiedade	7.0	3.6	9.3	4.8	8.6	4.6	.052*	7.5	4.1	8.2	4.4	6.6	3.4	.439
Depressão	5.2	2.5	5.9	3.9	4.7	3.3	.246	5.4	3.3	5.0	3.5	5.0	2.3	.799

Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual; Ans – ansiedade; Dep – depressão; T – total; ns – não significância; dp – desvio padrão; *significativamente diferente do grupo heterossexual a $p \leq 0.1$

Foram calculadas as frequências de “casos” para depressão e ansiedade, quando a escala HADS foi superior ao valor limiar de 7. Nalguns estudos a escala HADS foi utilizada para calcular os níveis de desconforto psicológico totais (Hinz, 2011). Os “casos” quando $HADS > 14$, podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7. “Casos” de Ansiedade, Depressão e Desconforto psicológico total por orientação sexual.

	Mulheres							Homens						
	Homo		Bi		Hetero		sig.	Homo		Bi		Hetero		sig.
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Ansiedade (HADS>7)	13	40.6	43	58.9	18	54.5	0.226	23	41.8	17	54.8	8	42.1	0.486
Depressão (HADS>7)	6	18.8	21	28.8	6	18.2	0.371	15	27.3	5	16.1	3	15.8	0.385
Desconforto psicológico (HADS>14)	10	31.3	33	45.2	15	45.5	0.376	18	32.7	13	41.9	6	31.6	0.653

n – frequência; sig. – significância; Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual

Os índices de suicidalidade foram diferentes por grupo de orientação sexual (Tabela 8). A ideação suicida é significativamente mais baixa nas mulheres e nos homens heterossexuais, $\chi^2(2) = 7.926$, $p = .019$, e $\chi^2(2) = 8.584$, $p = .014$. Os planos suicidas são significativamente mais elevados nas mulheres bissexuais, $\chi^2(2) = 8.801$, $p = .012$.

O risco absoluto de pensamentos suicidas é 3.49 vezes superior no grupo das minorias do que no grupo de heterossexuais, enquanto que o risco relativo foi de $RR = 1.639$ IC95% (1.080-2.487) para as minorias sexuais femininas e de $RR = 2.136$ IC95% (1.084-4.207) para as minorias sexuais masculinas.

Por outro lado, o risco de elaborar planos de suicídio com intencionalidade de morrer é 4.61 vezes superior entre as minorias sexuais, por oposição ao grupo de heterossexuais. Os riscos relativos foram de $RR = 5.186$ IC95% (1.314-20.462), para as minorias sexuais femininas e de $RR = 2.209$ IC95% (0.564-8.66) para as minorias sexuais masculinas.

Os índices de suicídio correlacionaram-se de forma significativa com a ansiedade ou depressão das últimas duas semanas. Quando se tem em conta os participantes que apenas referem ideação suicida (e se excluem os casos em que existe ideação e planos de suicídio em simultâneo), não existe correlação com níveis de ansiedade, depressão ou desconforto psicológico das últimas duas semanas.

Tabela 8. Ideação Suicida, Planos Suicidas, por orientação sexual.

	Mulheres							Homens						
	Homo		Bi		Hetero		sig.	Homo		Bi		Hetero		sig.
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Ideação suicida	22	68.8	51	69.9	14	42.4	.019*	38	69.1	20	64.5	6	31.6	.014*
Planos de suicídio	9	28.1	24	32.9	2	6.1	.012*	12	21.8	8	25.8	2	10.5	.425

Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Podemos observar os resultados das restantes variáveis ligadas à saúde mental na tabela 9. No grupo de bissexuais masculinos obtiveram-se mais diagnósticos de saúde mental $\chi^2 (2) = 5.93$, $p = .052$), um maior acesso a consultas de psicologia que nos outros 2 grupos $\chi^2 (2) = 7.414$, $p = .025$) e a consultas de psiquiatria do que o grupo de homossexuais $\chi^2 (2) = 6.259$, $p = .044$).

Relativamente à variável consumo de drogas ditas ‘ilegais’, foram encontradas diferenças entre as minorias sexuais femininas e as mulheres heterossexuais, sobretudo à custa de um maior consumo encontrado entre as mulheres bissexuais $\chi^2 (2) = 10.493$, $p = .019$). Não se encontraram diferenças no que se refere a consumo de drogas ou uso de fármacos psicotrópicos entre os homens.

Tabela 9. Consumo de drogas, diagnósticos, consultas, uso de fármacos por orientação sexual.

	Mulheres							Homens						
	Homo		Bi		Hetero		sig.	Homo		Bi		Hetero		sig.
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Consumo drogas	8	25.0	31	42.5	4	12.1	.005*	16	29.1	13	41.9	3	15.8	.142
Diagnósticos	6	18.8	18	24.7	5	15.2	.505	7	12.7	9	29.0	1	5.3	.052'
Consultas Psicologia	20	62.5	43	58.9	13	39.4	.109	30	54.5	22	71.0	6	31.6	.025*
Consultas Psiquiatria	8	25.0	19	26.0	7	21.2	.866	45	81.8	18	58.1	12	63.2	.044*
Fármacos	4	12.5	12	16.4	7	21.2	.640	5	9.1	6	19.4	3	15.8	.399

Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Procedeu-se à análise cruzada destas variáveis com os índices de suicidalidade. A ideação suicida não se mostrou diferente com a existência de consumo de drogas. Porém foi maior quando houve um diagnóstico de saúde mental $\chi^2 (1) = 8.072, p = .0054$), com o acesso a consultas de psicologia $\chi^2 (1) = 13.34, p = .000$ e consultas de psiquiatria $\chi^2 (1) = 9.44, p = .002$). Os resultados apontaram na mesma direcção para os planos de suicídio. Estes não foram diferentes para os consumidores de drogas ou de fármacos. Foram diferentes para quem teve o diagnóstico de doença mental $\chi^2 (1) = 5.76, p = .016$), acesso a consultas de psicologia $\chi^2 (2) = 14.64, p = .000$ e consultas de psiquiatria $\chi^2 (2) = 16.98, p = .000$).

Foram analisadas outras relações com o consumo de drogas. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a abertura às novas experiências, em todos os seus componentes – interesses estéticos ($F(1,241) = 4.33; p.039$); interesses intelectuais $F(1,241) = 12.58; p.000$), excentricidade $F(1, 241) = 9.23; p.003$, na conscienciosidade em todos os seus subcomponentes e no subcomponente depressão (N). Não se correlacionou com o subcomponente ansiedade. O consumo de drogas não se associou a níveis de espiritualidade, nem a níveis de abusos em contexto escolar. Verificou-se uma associação positiva com o suporte de amigos $F(1, 241) = 10.73; p.001$ e negativa com o suporte familiar $F(1, 241) = 34.52; p.053$.

4.4. Orientação sexual e abusos em contexto escolar

Quanto aos abusos em contexto escolar, os homens, independentemente da orientação sexual, sofreram mais abusos físicos do que as mulheres. Encontrámos uma proporção superior ao esperado de mulheres bissexuais femininas, $\chi^2 (2) = 22.968$, $p = .001$, e de indivíduos homossexuais masculinos, $\chi^2 (2) = 27.873$, $p = .001$, a reportarem abusos psicológicos (Tabela 10).

Tabela 10. Abusos psicológicos ou físicos em contexto escolar por orientação sexual.

	Mulheres							Homens						
	Homo		Bi		Hetero			Homo		Bi		Hetero		
	n	%	n	%	n	%	sig.	n	%	n	%	n	%	sig.
Abusos psicológicos	22	68.8	65	89.0	15	45.5	.001***	52	94.5	29	93.5	9	47.4	.001***
Abusos físicos	7	21.9	22	30.1	8	24.2	.631	27	49.1	19	61.3	6	31.6	.624

n - frequência; Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O risco de sofrer abusos psicológicos entre as minorias sexuais pode ir até 9 vezes o risco dos seus congéneres heterossexuais. Separando o grupo das minorias sexuais por sexo, calculámos as respectivas razões de probabilidade e riscos relativos. No grupo das minorias femininas, os riscos de abusos psicológicos foram de OR = 5.8 IC95% (2.47-13.61) e RR = 3.2 IC95% (1.89-5.37) e os riscos de abuso físico foram de OR = 1.2 IC95% (0.48-2.94) e RR = 1.1 IC95% (0.84-1.31). No grupo das minorias masculinas, os riscos de abusos psicológicos foram de OR = 18.0 IC95% (5.028-64.44) e RR = 9.1 IC95% (3.50) e de abusos físicos foram de OR = 2.5 IC95% (0.87-7.16) e RR = 1.47 IC95% (1.01-2.15).

A associação dos abusos psicológicos em contexto escolar foi significativa para outras variáveis: maior neuroticismo $F(1,241) = 13.16$, $p.000$, e menores extroversão $F(1,241) = 3.19$, $p.024$, amabilidade $F(1,241) = 4.25$, $p.006$ e conscienciosidade $F(1,241) = 4.574$, $p.004$. Do mesmo modo um menor suporte social nas valências intimidade $F(1,241) = 6.108$, $p.014$ e actividades sociais $F(1,241) = 6.160$; $p.014$, maior ansiedade $F(1,241) = 15.452$, $p.000$ nas últimas duas semanas, ter consultas de psicologia $\chi^2 (1) = 22.968$, $p = .004$ relacionaram-se com mais abusos psicológicos em ambiente escolar. Os indivíduos que vivem só, ou com outras pessoas que não familiares sofreram mais abusos escolares, por comparação com os indivíduos que vivem com familiares.

4.5. Orientação sexual e suporte social

Os testes multivariados da Manova indicam que as diferenças no suporte social percebido em função da orientação sexual são estatisticamente significativas nas mulheres em pelo menos uma das dimensões do suporte social, Pillai's Trace = .117, $F(8, 266) = 2.075$, $p = .014$, mas não nos homens, Pillai's Trace = .112, $F(8, 200) = 1.478$, $p = .167$.

A percepção da satisfação com o suporte familiar $F(2, 135) = 4.436$, $p = .014$, é significativamente mais elevada nas heterossexuais femininas quando comparadas com as participantes com orientação bissexual. Nas análises discriminativas as mulheres bissexuais tiveram menos suporte de amigos do que as mulheres homossexuais, numa diferença marginalmente significativa.

Marginalmente significativas foram também as diferenças para a valência atividades sociais $F(2,103) = 2.97$, $p = .056$, entre os homens. Os participantes homossexuais referiram menos suporte obtido através das actividades sociais, comparativamente aos heterossexuais.

Foram analisadas outras associações com o suporte social. Todas as suas valências se correlacionam positiva e significativamente com a qualidade de vida e com o afeto positivo (E).

Tabela 11. Percepção de suporte social nas valências Amigos, Intimidade, Família e Atividades Sociais por orientação sexual.

	Mulheres								Homens							
	Homo				Bi				Hetero				Homo			
	M	DP	M	DP	M	DP	sig.	M	DP	M	DP	sig.	M	DP	M	DP
Amigos	17.8	3.3	16.2	4.4	16.0	3.9	.111	15.3	4.8	17.0	5.6	16.5	3.8	.289		
Intimidade	13.1	4.0	12.8	4.1	12.9	3.8	.912	12.6	4.7	12.5	4.5	14.2	4.0	.354		
Família	10.3	2.6	8.9	3.1	10.5	2.8	.014*	9.8	3.1	9.6	3.4	9.8	2.8	.951		
Actividades sociais	8.8	3.0	8.1	2.6	7.8	2.4	.316	7.4	3.0	8.2	3.1	9.3	2.8	.056'		

M -média; DP -desvio-padrão; Homo – Homossexual; Bi – Bissexual; Hetero – Heterossexual; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

A percepção de suporte social foi significativamente diferente em relação à ideação suicida para todas as valências: amigos $F(1,241) = 7.989$, $p.005$; intimidade $F(1,241) = 35.092$, $p.000$; família $F(1,241) = 21.013$, $p.000$; actividades sociais $F(1, 241) = 9.017$, $p.003$. E igualmente em relação aos planos de suicídio, excepto para a valência amigos (intimidade $F(1,241)= 12.228$, $p.001$; família $F(1,241) = 9.956$, $p.002$; actividades sociais $F(1, 241) = 5.476$, $p.020$).

4.6. Análise de regressão

Para testar os preditores da ansiedade realizou-se uma regressão linear múltipla *stepwise* com a variável ansiedade no grupo das minorias sexuais como variável dependente e as variáveis orientação sexual, sexo, os 14 subcomponentes da personalidade, as 4 valências da percepção do suporte social, consumo de drogas, diagnóstico, consultas de psicologia e/ou psiquiatria, ideação ou planos de suicídio, abusos psicológicos e físicos na escola, qualidade de vida, nível socioeconómico, religiosidade, situação relacional e situação face ao emprego como variáveis independentes.

O modelo de regressão é estatisticamente significativo, $F(6,184) = 62.225$, $p < .001$, e explica 65.9% da variância total dos níveis de ansiedade.

A regressão múltipla linear revelou que a autocensura (N) ($\beta = .311$, $p < .001$), a ansiedade (N) ($\beta = .379$, $p < .001$), a qualidade de vida ($\beta = -.179$, $p < .001$), ter realizado planos de suicídio ($\beta = .108$, $p = .014$), o apoio social na vertente intimidade ($\beta = -.123$, $p = .023$) e a orientação sexual ($\beta = -.093$, $p = .032$) são preditores significativos da ansiedade referida pelos participantes. Assim, quanto mais elevados são os níveis de autocensura (N), ansiedade (N) mais elevados são os níveis de ansiedade. Os participantes com orientação homossexual e os participantes com orientação bissexual com preferência pelo sexo oposto apresentam níveis de ansiedade significativamente inferiores. Quanto melhor é a qualidade de vida e os níveis de intimidade, mais baixos são os níveis de ansiedade dos participantes.

Tabela 12. Regressão múltipla linear - Ansiedade

	B	S.E.	β	t	Sig.	95% C.I. para B		Correl. part
						Lower	Upper	
Autocensura (N)	.301	.061	.311	4.925	<.001***	.181	.422	.449
Ansiedade (N)	.613	.093	.379	6.586	<.001***	.429	.796	.542
Qualidade de vida	-1.130	.307	-.179	-3.677	<.001***	-1.737	-.524	.760
Planos de suicídio	1.066	.428	.108	2.490	.014*	.222	1.911	.953
Intimidade	-.127	.056	-.123	-2.286	.023*	-.237	-.017	.621
Orientação sexual	-.275	.127	-.093	-2.162	.032*	-.527	-.024	.975
Constante	7.484	1.671		4.479	<.001	4.188	10.781	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Para testar os preditores da depressão realizou-se uma regressão linear múltipla *stepwise* com a variável depressão no grupo das minorias sexuais como variável dependente e as variáveis orientação sexual, sexo, os 14 subcomponentes da personalidade, as 4 valências da percepção do suporte social, consumo de drogas, diagnóstico, consultas de psicologia e/ou psiquiatria, ideação ou planos de suicídio, abusos psicológicos e físicos na escola, qualidade de vida, nível socioeconómico, religiosidade, situação relacional e situação face ao emprego como variáveis independentes.

O modelo de regressão é estatisticamente significativo $F(5,185) = 28.010$, $p < .001$, e explica 43.1% da variância total dos níveis de depressão.

A regressão linear múltipla revelou que a depressão ($\beta = .192$, $p = .017$), a intimidade ($\beta = -.318$, $p < 0.001$), o afecto positivo (E) ($\beta = -.191$, $p = .008$), a ordem ($\beta = -.141$, $p = .019$) e os interesses intelectuais ($\beta = -.130$, $p = .021$), são preditores significativos dos níveis de depressão referidos pelos participantes. Os indivíduos com depressão do domínio neuroticismo apresentam níveis de depressão significativamente mais elevados. Quanto mais elevados são os níveis de intimidade, afecto positivo (E), ordem (C) e interesses intelectuais (O), menores são os níveis de depressão dos participantes.

Tabela 13. Regressão múltipla linear - Depressão

	B	S.E.	β	t	Sig.	95% C.I. para B		Correl. part
						Lower	Upper	
Depressão (N)	.243	.101	.192	2.400	.017*	.043	.442	.133
Intimidade	-.254	.058	-.318	-4.389	<.001***	-.369	-.140	-.243
Afecto positivo (E)	-.223	.083	-.191	-2.699	.008**	-.386	-.060	-.150
Ordem (C)	-.113	.048	-.141	-2.368	.019*	-.207	-.019	-.131
Interesses intelectuais (O)	-.224	.096	-.130	-2.327	.021*	-.413	-.034	-.129
Constante	12.391	1.958		6.328	<.000	8.528	16.254	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Para testar, de forma controlada, os factores que mais se correlacionavam com a ideação suicida no grupo das minorias sexuais realizou-se uma regressão logística *stepwise* com a variável ideação suicida nas minorias sexuais como variável dependente e as variáveis sexo, orientação sexual, os 14 subcomponentes da personalidade, as 4 valências da percepção do suporte social, ansiedade, depressão, consumo de drogas, diagnósticos, consultas, abusos psicológicos e físicos na escola, qualidade de vida, nível socioeconómico, religiosidade, situação relacional e situação face ao emprego como variáveis independentes.

O teste da diferença dos rácios de verosimilhança ($p = .034$) indica que a diferença entre o modelo apenas com a constante e o modelo adicionado das variáveis explicativas é estatisticamente significativa. De acordo com o coeficiente de determinação de Nagelkerke as variáveis independentes permitem uma redução na incerteza da identificação dos indivíduos com ideação suicida de 42.0%.

A regressão logística revelou que a depressão (N) ($B = .383$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 22.197$, $p < .001$, a sociabilidade (E) ($B = -.178$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 5.017$, $p = .025$, os interesses estéticos (O) ($B = .157$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 5.020$, $p = .025$, as consultas de psiquiatria ($B = -1.027$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 4.068$, $p = .044$ e os abusos psicológicos ($B = .537$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 6.594$, $p = .010$, têm um efeito estatisticamente significativo sobre o logaritmo da probabilidade de os participantes terem ideação suicida. Assim, quanto mais elevados forem os níveis de depressão (N), de interesses estéticos (O) e de abusos psicológicos maior é a ideação suicida. Quanto maior a sociabilidade (E) menor é a ideação suicida. Os participantes que já foram a consultas de psiquiatria têm menor probabilidade de ideação suicida.

Tabela 14. Regressão logística - Ideação suicida

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Depressão (neuroticismo)	.383	.081	22.197	1	<.001***	1.467	1.251	1.720
Sociabilidade (extroversão)	-.178	.079	5.017	1	.025*	.837	.717	.978
Interesses estéticos (abertura)	.157	.070	5.020	1	.025*	1.170	1.020	1.343
Consultas de psiquiatria	-1.027	.509	4.068	1	.044*	.358	.132	.971
Abusos psicológicos	.537	.209	6.594	1	.010**	1.710	1.135	2.576
Constante	-1.712	1.124	2.319	1	.128	.181		

df – graus de liberdade; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Para testar, de forma controlada, os factores que mais se correlacionavam com os planos de suicídio realizou-se uma regressão logística *stepwise* com a variável planos de suicídio no grupo das minorias sexuais como variável dependente e as variáveis orientação sexual, sexo, os 14 subcomponentes da personalidade, as 4 valências da percepção do suporte social, ansiedade, depressão, consumo de drogas, diagnóstico, consultas de psicologia e/ou psiquiatria, abusos psicológicos e físicos na escola, qualidade de vida, nível socioeconómico, religiosidade, situação relacional e situação face ao emprego como variáveis independentes. O teste da diferença dos rácios de verosimilhança ($p = .007$) indica que a diferença entre o modelo apenas com a constante e o modelo adicionado das variáveis explicativas é estatisticamente significativa. De acordo com o coeficiente de determinação de Nagelkerke as variáveis independentes permitem uma redução na incerteza da identificação dos participantes que já fizeram planos de suicídio de 33.9%.

A regressão logística revelou que a depressão (N) ($B = .216$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 7.659$, $p = .006$, a excentricidade ($B = .396$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 12.728$, $p < .001$, as consultas de psiquiatria ($B = -1.409$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 11.924$, $p = .001$ e os abusos psicológicos ($B = .553$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 6.838$, $p = .009$, têm um efeito estatisticamente significativo sobre o logaritmo da probabilidade dos participantes terem realizado planos suicidas. Assim, quanto mais elevados forem os níveis de depressão (N) e de excentricidade (O) maior é a probabilidade de os participantes terem efectuado planos suicidas. Quanto mais elevados os abusos psicológicos maior é a probabilidade de terem realizado planos suicidas. Os participantes que já foram a consultas de psiquiatria têm menor probabilidade de terem realizado planos suicidas.

Tabela 15. Regressão logística - Planos de suicídio

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Depressão (neuroticismo)	.216	.078	7.659	1	.006**	1.241	1.065	1.445
Excentricidade (abertura)	.396	.111	12.728	1	<.001***	1.486	1.196	1.848
Consultas de psiquiatria	-1.409	.408	11.924	1	.001***	.244	.110	.544
Abusos psicológicos	.553	.212	6.838	1	.009**	1.739	1.149	2.633
Constante	-7.340	1.498	24.008	1	.000	.001		

df – graus de liberdade; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

5. Discussão

5.1. Sintomatologia ansiosa e depressiva

Neste trabalho, o grupo das minorias sexuais referiu níveis muito elevados de ansiedade e depressão, índices mesmo superiores ao reportado em alguns estudos (Cochran, 2009; Bostwick, 2014; Björkenstam, 2017). A prevalência encontrada de sintomatologia angio-depressiva foi significativamente maior entre as mulheres bissexuais, por comparação com as mulheres lésbicas. Estas apresentam os melhores índices de ansiedade e depressão, ainda um pouco melhores que os referidos pelos homens heterossexuais. E de facto, estudos com modelos ajustados mostraram que a orientação sexual só por si poderá não ser um preditor independente de depressão (Hughes, 2014; Scott, 2016) e poderá variar em cada subgrupo. Por outro lado, a escala HADS mede os níveis de desconforto psicológico nas últimas duas semanas. Trata-se portanto de uma avaliação que reflete tão só o momento e poderá ser menos sensível a detetar perturbações crónicas.

Convém referir que a amostra heterossexual do presente estudo apresenta valores de ansiedade e depressão acima do encontrado numa amostra não clínica portuguesa (Pais-Ribeiro, 2007). Este achado poderá ter sido devido ao facto de os participantes heterossexuais do presente estudo terem sido obtidos através de um centro de saúde, onde existem níveis superiores de doença geral e comorbilidades que se repercute no bem-estar psicológico.

Para um valor de corte superior a 7 nas subescalas, ou seja, estarmos perante um “caso” ou “provável caso” de ansiedade, esperaríamos encontrar uma prevalência de cerca de 20%-30% de ansiedade no grupo dos heterossexuais (Hinz, 2011), porém o encontrado na amostra do presente estudo foi acima do dobro. Em suma trata-se de um grupo de controlo heterossexual consideravelmente mais ansioso e discretamente mais deprimido. Provavelmente este ponto justifica a atenuação ou apagamento das diferenças esperadas entre o grupo das minorias sexuais e o grupo de controlo.

5.2. Suicidalidade

Os níveis de suicidalidade neste estudo referem-se a pensamentos e comportamentos em direcção ao desejo de morte, ocorridos ao longo da vida. O risco de ideação suicida ou o risco de intencionalidade suicida deste estudo equiparam-se aos encontrados na literatura (Mathy, 2002; King, 2008; Wang, 2015). Os pensamentos de morte, os comportamentos auto-lesivos e a elaboração de planos com o propósito de terminar a vida são superiores em frequência e em grau de gravidade nas minorias sexuais (Remafedi, 1998; Fox, 2018). O grupo de bissexuais é aquele que apresenta o maior risco, em especial entre as mulheres, como mostram vários estudos (Hegna, 2007; Shearer, 2016; Björkenstam, 2017). Ao contrário do que se verificou neste estudo, a intencionalidade de suicídio é maior entre os homens (Remafedi, 1998). Sabe-se que existem características com maior prevalência masculina, como o conservadorismo e a homofobia interna e menor expressão de emotividade, que se podem associar para prever maior intencionalidade suicida. O presente estudo apenas avaliou a ideação passiva e activa e não averiguou o planeamento efectivo com intencionalidade, de modo que entre as mulheres o risco suicidário poderá ser menos grave.

Neste estudo verifica-se que a ideação suicida sem história de planos de suicídio não se correlaciona com os níveis de ansiedade e depressão recentes. Ao contrário, a correlação é significativa para aqueles participantes que ao mesmo tempo referiram ter ideias e planos de suicídio no passado. Os indivíduos com história de intencionalidade suicida, a forma mais intensa de suicidalidade, poderão manter níveis de ansiedade de depressão ao longo da vida. E assim neste grupo pondera-se a existência de fatores endógenos de base ou muito precoces na história de vida, como história de abuso, fatores de personalidade, pré-natais ou genéticos. Na literatura as motivações de suicidalidade auto-relatadas pelas minorias prendem-se sobretudo com fatores relacionais (familiares), a problemas de saúde mental e, em particular, fatores concatenados na sua homossexualidade (Wang, 2015; Mathy, 2011). Apesar de tudo, investigações de autópsias psicológicas parecem não mostrar que exista uma sobrerrepresentatividade do grupo LGBT entre os suicídios consumados (Haas, 2011). Entretanto os níveis de suicidalidade poderão corresponder a níveis crescentes de mal estar e disfuncionalidade que, mesmo não sendo terminais, importa detectar e analisar.

5.3. Consumo de drogas

Sabe-se que os níveis desfavoráveis de saúde mental se associam a um elevado consumo de substâncias, álcool e drogas. A teoria sindémica explica que a pertença a uma minoria sexual e o consumo de drogas se potenciam no impacto negativo em relação à saúde global e mental (Singer, 2003). Neste trabalho verificou-se que a prevalência de consumo de droga nos últimos 12 meses foi mais elevada entre as minorias sexuais, nomeadamente entre os indivíduos bissexuais, tal como vem descrito na literatura (Roth, 2018). As diferenças foram significativas entre as mulheres bissexuais e as heterossexuais. O consumo de drogas correlacionou-se com a maior abertura a novas experiências e menor conscienciosidade, postulando-se poder a personalidade toldar uma tendência para um comportamento de risco.

Não se confirmou a correlação deste consumo com a ansiedade; foi sim associada a níveis de depressão neste estudo. Por conseguinte, a teoria de que o consumo de drogas poderá servir como automedicação (Lewis, 2015) é plausível apenas para os sintomas da esfera afetiva e não como “calmante” da ansiedade nas minorias sexuais, nem tão pouco como “tratamento” para uma história passada de abuso em contexto escolar. O consumo de substâncias tende a acontecer em paralelo com o consumo concomitante em pessoas significativas para o indivíduo, sendo este fenómeno particularmente evidente entre as mulheres (Hughes, 2002). O factor protector da espiritualidade para o consumo de drogas foi demonstrada no estudo de Watkins (2015), contudo parece depender do tipo de droga. Como não foram inquiridos os tipos de droga no presente trabalho, poderá ser essa a explicação por não encontrar relação com os índices de espiritualidade.

Neste estudo um bom nível de apoio familiar revelou-se protector, enquanto que um nível elevado de suporte pelos amigos se revelou de risco. Este facto sugere que os valores intergeracionais da família poderão prevenir o contacto com ou relativizar a necessidade do consumo de substâncias.

5.4. Consultas e fármacos

A procura de consultas de psiquiatria e psicologia pelas minorias sexuais é superior ao que se encontra entre os indivíduos heterossexuais (Björkenstam, 2017). Os indivíduos homossexuais masculinos foram aqueles que mais procuraram consultas de psiquiatria. As consultas de psiquiatria são consideradas para quem procura um nível superior de apoio na doença mental, incluindo aqueles indivíduos com comportamentos auto-lesivos ou de suicídio (McDermott, 2018) e muitas vezes associa-se à expectativa de que a psicoterapia terá sido explorada ou terá sido insuficiente e neste trabalho, nem sequer terá sido esta a motivação. Tal como os homens heterossexuais, os homens homossexuais procuraram apoio em consulta de psiquiatria em muito maior número do que em consultas de psicologia.

Curiosamente quanto maior a procura de consultas de saúde mental, menores os índices de suicidalidade. Como os homens que nunca tiveram acesso a consultas de saúde mental são aqueles com risco suicidário, poderão existir elementos de imprevisibilidade e de circunstância em indivíduos sem psicopatologia evidente.

Em relação ao uso de fármacos neuropsiquiátricos, este é o mais elevado entre as mulheres heterossexuais, provavelmente relacionado com os seus elevados níveis de ansiedade e desconforto psicológico e ao facto de o ser feminino poder acomodar sintomas de saúde mental, comparativamente aos homens heterossexuais e ao ser masculino. Também poderá acontecer a amostra de mulheres heterossexuais incluir alguns casos mal classificados de orientação sexual que afinal deveriam estar incluídos entre as minorias. A bissexualidade é mais prevalente entre as mulheres, sobretudo quando considerada a dimensão atracção. A atracção sexual é considerada muito relevante para categorizar as diferentes orientações sexuais e neste estudo não foi incluída (Bostwick, 2010).

Em relação à prevalência de perturbações mentais poderá haver um subdiagnóstico acentuado (Caldas de Almeida, 2015).

5.5. Suporte Social

Neste estudo a percepção de suporte social pelas minorias sexuais foi globalmente considerado médio (cerca de 60-65 em 100%) em todas as valências e equivalente ao referido

pelos indivíduos heterossexuais. Os valores obtidos, numa amostra portuguesa de indivíduos saudáveis, foi de cerca de 66% nas atividades sociais e cerca de 70-75% nas restantes valências (Vitorino, 2016), o que significa que na presente amostra essa percepção de suporte é inferior. Ainda assim, verificaram-se duas diferenças em relação ao grupo de controlo, no grupo masculino. Os participantes bissexuais perceberam um suporte inferior dado pela família. Por seu turno, os participantes homossexuais tiveram a percepção de que o apoio obtido pelas atividades sociais foi inferior. Outros trabalhos confirmam estes achados (Bjorkenstam, 2017).

Os indivíduos homossexuais não têm acesso a atividades sociais tanto quanto gostariam possivelmente por características volitivas ligadas ou não a um afecto algo depressivo.

Porque se verificou ser diferente o suporte familiar no grupo de bissexuais e não no grupo de homossexuais? Postula-se que possa estar ligado à dificuldade da família em lidar com alguma instabilidade emocional ou afetiva de base do indivíduo bissexual ou por se tratarem de famílias disfuncionais. Estudos apontam para o resultado de uma maior discriminação sobre este grupo por parte inclusivamente das restantes minorias sexuais (Friedman, 2014), cuja origem ainda está por determinar.

Como seria de esperar quem percebe o maior suporte social refere a melhor qualidade de vida e apresenta mais afeto positivo (E) (Skevington, 2018; Powdthavee, 2015), o que pode resultar de uma predisposição para uma visão global positiva. E ao invés, o suporte social ganha uma função protectora apenas em condições como a depressão (Freitas, 2017), pois em situações de afecto estável poderá ter um interesse neutro.

O maior suporte por parte de amigos nos indivíduos com maior suicidalidade poderá surgir no sentido compensatório a favor da sua própria percepção de vulnerabilidade.

O suporte social revelou-se importante para prever a suicidalidade, em particular para as mulheres. Tal como seria de esperar a intimidade revelou-se protectora para planos de suicídio.

5.6. Abusos em contexto escolar

O risco relativo para as formas de abuso físico e psicológico em contexto escolar é muito elevado em todos os participantes, mas sobretudo no grupo LGBT. Estes resultados foram de

encontro a um estudo que mostrou que a maioria dos estudantes eram verbalmente agredidos (82%) e um terço eram vítimas de abuso físico (Kosciw, 2012). Neste trabalho maiores índices de abusos escolares correlacionaram-se com níveis de ansiedade, factores de personalidade e percepção de inferior suporte social.

Não foram estudados os motivos que, na opinião dos participantes, estariam na base de tais abusos. Dois terços dos abusos psicológicos denegriam a orientação sexual do indivíduo LGBT no trabalho de Kosciw (2014). É possível que o estigma social dirigido aos indivíduos do grupo LGBT resulte na maior frequência de abusos, cuja consequência seria aumentar a sintomatologia psicológica (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2009). Em adição, este estigma pode ser mediado por características do indivíduo menos adaptativas, nomeadamente traços de personalidade.

Deve ser dirigida uma atenção especial aos níveis muito elevados de abusos psicológicos entre as minorias. Trata-se de uma forma insidiosa e menos visível de discriminação que ocorre sobretudo na adolescência, uma fase marcada pela formação da identidade. A piorar, o estado psicológico de um indivíduo vítima de abusos repetidos é substancialmente agravado. Iniciativas promotoras de encontros entre os diferentes indivíduos em ambiente caloroso que permitam o contacto pessoa-a-pessoa têm mostrado promover a mudança de preconceitos e estereótipos em relação às minorias sexuais (Herek, 1984; Costa, 2015). Veja-se o exemplo das alianças “*gay-straight*”, associações criadas nas escolas secundárias com o propósito de organizar atividades sociais e culturais conjuntas. Um ambiente tolerante para uma minoria, estende-se a outras minorias (Ioverno, 2016; Henderson, 2018).

5.7. Sociodemografia e personalidade

Analisando as diferenças das variáveis demográficas pelos vários grupos de orientação sexual, podemos verificar que os bissexuais masculinos raramente vivem em casal, têm profissões mais ligadas a sistemas determinísticos, ou seja a “objetos” e menos a “pessoas”. Referem pertencer a um bom nível socioeconómico e percecionam uma boa qualidade de vida, em média, ao contrário do esperado. Portugal tem sido ser um país cultural e politicamente cada vez mais aceitante das minorias sexuais, e talvez por este motivo os índices relativos de qualidade de vida sejam discretamente melhores que noutros países (Josefsson, 2011;

Powdthavee, 2015). No que diz respeito ao grupo de homossexuais masculinos, eles optam em grande parte pela convivência familiar, mas também vivem sós numa proporção semelhante aos heterossexuais.

No presente estudo os índices de suicídio são mais elevados em indivíduos com profissões ligadas mais a “objetos”. Pode-se presumir que um menor contacto com pessoas poderá, por seu lado, favorecer a alienação social e uma menor autorrealização, em especial se a tendência natural for a contrária. Na realidade os indivíduos homossexuais e bissexuais masculinos têm tendência a preferir ocupações mais ligadas a pessoas (Lippa, 2005), o que não se verificou neste estudo. Como apesar de tudo, os níveis de qualidade de vida e socioeconómicos são bons, isto pode significar um satisfatório acomodamento à vida laboral.

Comparativamente às mulheres heterossexuais, as mulheres lésbicas têm profissões mais ligadas a “objetos” e menos a “pessoas”, tal como esperado (Hughes, 2002). Provavelmente trata-se de uma escolha pessoal, pois apresentam a mais elevada literacia de todos os grupos, mesmo considerando que algumas mulheres têm menos de 20-25 anos e ainda progredirão certamente nos estudos. As mulheres lésbicas não estão restringidas aos papéis de género e com mais facilidade escolhem profissões de estereótipo masculino (Hughes, 2002). No que concerne a fatores de personalidade, revelam superiores interesses intelectuais e de excentricidade (O). Este conjunto de factores bem como a existência de uma boa rede de amigos e atividades sociais, de apoio familiar e intimidade são protectores para a saúde mental.

Porque apresentam elevados índices de suicidalidade, em parte poderá correlacionar-se com uma história mais pesada de abusos psicológicos em contexto escolar e um maior consumo de drogas, encontrados neste e noutros estudos (Hughes, 2010). Outra forma de abuso, a negligência na infância, e que é mais dificilmente detectada, está particularmente relacionada com o elevado abuso de substâncias encontrado entre as mulheres lésbicas (Hughes, 2010). A espiritualidade tem mostrado efeitos moderadores positivos na relação entre desconforto psicológico e saúde (Bonelli, 2013; Kumar, 2014), o que não acontecerá portanto entre as mulheres lésbicas, uma vez que os seus índices são reduzidos. Serão necessários mais estudos para explicar estas correlações e ao mesmo tempo trazer para a análise novas variáveis.

Contrastando com estas, as mulheres bissexuais referiram possuir menos características pessoais de organização (C) e níveis superiores de interesses intelectuais e excentricidade (O),

que adjuntos podem indiciar um modo de ser e agir por impulso e por curiosidade. (Roberti, 2004; Deyoung, 2008). Os indivíduos com estas características preferem profissões que envolvem atividades menos convencionais e ligadas a ideias (Roberti, 2004), o que foi encontrado neste estudo.

Os níveis de neuroticismo e de desconforto psicológico dos indivíduos bissexuais são os mais elevados. No seu conjunto, indivíduos que apresentam uma pontuação elevada de instabilidade emocional (N), e reduzida conscienciosidade (C), por um lado, e por outro lado a procura de novas sensações (O) têm tendência para adotar um comportamento antissocial, para o abuso de substâncias (Krueger, 2002; Zuckerman, 1990; Deyoung, 2008), para a adoção de uma sexualidade não exclusiva (Rieger, 2013; Friedman, 2014; King, 2008; Björkenstam, 2017) e parecem predizer o risco de suicídio (Livingston, 2015; Blüml, 2013).

Os indivíduos bissexuais iniciam a vida sexual mais cedo, referem ter tido mais parceiros sexuais na sua história (Dodge, 2016), associando-se a um maior risco para doenças sexualmente transmissíveis (Jeffries, 2014). Uma crença positiva arrogada aos indivíduos bissexuais é a de que se procuram focar nas qualidades pessoais dos outros sem discriminações de sexo ou género e são cognitivamente mais flexíveis e aceitantes (Israel, 2015). A existir, estas particularidades poderão facilitar os encontros interpessoais sem distinções.

Além do mais, os indivíduos bissexuais reportam com maior frequência uma história de abusos sexuais, de consumo de drogas e álcool (Jeffries, 2014) e maior absentismo escolar, quando comparando com os indivíduos homossexuais e heterossexuais, quer masculinos quer femininos. Vários fatores socioculturais têm sido atribuídos para explicar estes resultados. A maior prevalência de sentimentos anti-bissexuais (a bifobia), inclusivé com origem no grupo de homossexuais, as ideologias de hegemonia masculina e a marginalização socioeconómica parecem justificar os maiores níveis de desconforto psicológico e de isolamento social reportado pelos bissexuais (Jeffries, 2014; Dodge, 2016). Outros estudos encontraram diferenças de temperamento por orientação sexual (Guerim, 2015).

Devemos ter cuidado com as generalizações. Um estudo de Rieger (2012) encontrou dois grupos bem distintos de homens bissexuais no que concerne aos seus níveis de curiosidade e comportamento sexual, o que é congruente com o encontrado por Friedman (2014) em termos de risco para doenças sexualmente transmissíveis. Os bissexuais com menos comportamentos de risco são aqueles menos curiosos e provavelmente com menor abertura

às novas experiências. Isto releva a multidimensionalidade da orientação sexual e da sua complementaridade com outros fatores sobre a diferencial importância no risco de doença mental. A dimensão da “atração sexual” por si só, no caso das pessoas bissexuais, não é sinónimo de comportamentos de risco (Jeffries, 2011; Friedman, 2014).

Os indivíduos homossexuais masculinos apresentaram índices superiores de depressão (N), autocensura (N) e inferiores de sociabilidade (E), atividade (E) e de confiabilidade (C). Estes resultados parecem indicar globalmente uma atitude disposicional de afeto negativo, hiperconsciência de si mesmo, dificuldade em experienciar emoções positivas e menor dinamismo (Mendes, 2016). Ao mesmo tempo poderá justificar uma perceção reduzida de suporte social ou a obtenção de uma menor recompensa emocional a partir das suas relações sociais e actividades (D’Avanzo, 2017). Mais importante, esta conjunção de fatores parece associar-se para predizer o risco de suicídio (Mustanki, 2013), em especial a ideação suicida e não tanto a intencionalidade suicida. No domínio abertura às novas experiências, equiparam-se ao grupo de controlo e ao da população geral (Magalhães, 2014), ao contrário do preconceito instituído de que a homossexualidade masculina estaria associada a excentricidade.

Ao invés, pudémos verificar que as mulheres bissexuais apresentaram o maior risco de suicídio com maior intencionalidade. Enquanto que partilham com o grupo LGBT masculino os níveis de neuroticismo e de conscienciosidade, apresentam mais elevados níveis de abertura à experiência e extroversão. Este conjunto sugere que poderão ser necessárias qualidades de proactividade e impulso para subir na escala de gravidade do espectro suicida. Especula-se que os níveis de agressividade moderada poderão constituir o maior risco suicidário.

As mulheres com comportamentos suicidários apresentam valores elevados de abertura à experiência, enquanto que os homens apresentam valores reduzidos nesta dimensão, parecendo existir um nível moderado de abertura à experiência que é protector do suicídio (Mousavi, 2015).

Deste modo, quer as características internalizantes, quer as sobreexternalizantes, ambas se correlacionam a um maior risco de ideias suicidas. Estas características de personalidade podem conduzir a interpretações negativas, auto ou hetero atribuídas, em situações equívocas ou dúbias. Por conseguinte, um estado de ruminação mais duradouro conduzirá a

uma intensificação das experiências negativas de vida (Rood, 2009; Livingston, 2015; Brents, 2018).

Pelo contrário os indivíduos com menor neuroticismo e maior extroversão são os que mais confiam em si e nos outros. As dimensões de amabilidade e de conscienciosidade são precursoras de gregariedade, altruísmo, de compromisso e do aceitar os desafios como oportunidades (Livingston, 2015; Lin, 2017). São estes alguns dos fatores protetores para as perturbações mentais (Bleidorn, 2019) e foram encontradas no nosso modelo de regressão. As teorias mais divulgadas para explicar estas diferenças de saúde mental relacionam os níveis elevados de estigma, discriminação e vitimizações na direção das minorias sexuais (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2009; Dodge 2016), o que, provocando uma desregulação emocional, estará na base da elevada comorbilidade psiquiátrica. Quando a sociedade reprime os aspectos que tocam o indivíduo na sua essência, como é a identidade sexual, numa fase de mudanças bruscas como é a adolescência (Cordeiro, 2005), mais facilmente se compreendem os comportamentos suicidários.

No entanto, a pressão social sobre as minorias parece afetar diferentemente cada minoria sexual em relação a variáveis como ansiedade, depressão e suicidalidade (Hughes, 2002; Fredriksen-Goldsen, 2013). A coexistência de múltiplas identidades marginalizadas, como o ser mulher, de raça não branca e pertencer a uma minoria sexual, nem sempre se associam a pior saúde mental (Bostwick, 2014; Trinh, 2017). Pelo contrário, indivíduos com personalidades mais adaptativas e com os mesmos níveis de vitimização e heterossexismo internalizado têm significativamente menor índices de suicídio (Livingston, 2015). O estigma social não foi suficiente para explicar a diferença entre marcadores imunitários e de inflamação associados a sintomas depressivos/ansiedade (Everett, 2014).

Em complementaridade foram propostas teorias de teor biológico alicerçadas em fatores genéticos, imunitários, neuroestruturais e morfológicos (Bailey, 2009, Kandler, 2010; Alanko, 2010; Everett, 2014; Zietsch, 2011). E bem assim, as perturbações depressivas endógenas ou o consumos de drogas não foram suficientes para explicar os comportamentos suicidários (Herrell, 1999).

A interação entre genética/biologia e ambiente é hoje a versão mais consensual (Långström, 2010; Ormel, 2012; Livingston, 2015).

Descortinar a natureza precisa destas associações pode ter implicações relevantes para a compreensão teórica das ponderações relativas de cada fator – por exemplo o peso relativo

do estigma externo *versus* o peso do estigma interno - e dos esforços para reduzir as consequências adversas desses factores (Dick, 2008). Existem várias linhas de investigação, procurando distinguir subgrupos entre as minorias, de forma a identificar indivíduos com maior risco de resultados adversos na saúde (Hughes, 2010; Savin-Williams, 2013; Rieger, 2016).

A maioria dos indivíduos, independentemente da sua orientação sexual, (Coelho do Vale, 2016), mas em especial, neste estudo, o grupo LGBT, referem ter uma boa satisfação e qualidade de vida (Powdthavee, 2015). Para a maioria, os estados de suicidalidade terão ocorrido no passado e foram limitados no tempo. Então, aparentemente, a hierarquia das suas necessidades humanas encontra-se satisfeita. Provavelmente existe no momento presente um bom equilíbrio no seu ambiente relacional, familiar e nos termos da sua autorealização, ajustados ao seu perfil de personalidade e a acontecimentos de vida passados.

6. Conclusões

Em conclusão e relativamente aos objectivos colocados:

1. Foram encontrados níveis aumentados de sintomatologia ansiosa no grupo de mulheres bissexuais femininas e um elevado risco suicidário entre as minorias sexuais.
2. Os factores de risco encontrados diferiram por orientação sexual e sexo. Encontrámos níveis aumentados de neuroticismo (nos indivíduos homossexuais masculinos), de abertura à experiência (nas mulheres bissexuais e lésbicas) e reduzidos de conscienciosidade (nas pessoas bissexuais femininas), mas também reduzidos em alguns subcomponentes, como a sociabilidade, a atividade e a confiabilidade (nos indivíduos homossexuais masculinos). O risco de abusos em contexto escolar foi muito maior nos diferentes grupos LGBT. O consumo de drogas foi superior entre os indivíduos bissexuais. Estes são mais inactivos face ao emprego e o apoio familiar foi percebido como inferior. As actividades sociais foram percebidas como inferiores apenas entre os homossexuais masculinos.

3. Os factores protectores encontrados foram algo diferentes do que esperávamos encontrar. Mais bissexuais masculinos tiveram consultas de psicologia e são os que vivem só em menor percentagem. Os indivíduos bissexuais de ambos os géneros apresentaram um nível socioeconómico elevado (ao contrário do esperado) e são os que mais vivem com familiares, embora sem parceiro ou cônjuge. As minorias sexuais escolhem profissões mais ligadas a ideias, mas menos a pessoas (este foi contrário ao esperado). Os níveis de escolaridade foram maiores no grupo das minorias sexuais femininas, embora sem ser significativo. O grupo LGBT refere ter um bom suporte social, e elevados níveis socioeconómico e de qualidade de vida.
4. Foram criados modelos de regressão para explicar a ansiedade e a depressão no grupo das minorias sexuais. No modelo da ansiedade foram incluídos subcomponentes do neuroticismo – autocensura e ansiedade –, o subcomponente ordem da conscienciosidade, o menor suporte dado através da intimidade, a percepção inferior da qualidade de vida e a história de planos de suicídio. A orientação sexual também foi incluída no modelo explicativo da ansiedade, estando o grupo de indivíduos bissexuais o mais correlacionado com ansiedade. No modelo da depressão foram incluídos os subcomponentes depressão, afecto positivo e ordem, respectivamente dos domínios da personalidade neuroticismo, extroversão e abertura à experiência, bem como o inferior suporte dado pela intimidade.
5. Foram criados modelos de regressão para explicar a suicidalidade das minorias sexuais. No modelo da ideação suicida foram incluídos os subcomponentes da personalidade depressão, sociabilidade, interesses estéticos, respectivamente do neuroticismo, extroversão e abertura às novas experiências, história de abusos em contexto escolar e a não utilização de consultas de psiquiatria. No modelo da ideação suicida com intencionalidade (planos de suicídio) foi incluído o subcomponente depressão do neuroticismo, o subcomponente excentricidade da abertura às novas experiências, bem como a história prévia de abusos psicológicos e a não utilização de consultas de psiquiatria.

6.1. Limitações

Este estudo apresenta várias limitações.

Os resultados apresentados têm uma natureza correlacional o que não permite nem deduzir inferências de causalidade, nem decidir sobre a direção das associações. A amostra não é representativa da população, pelo que não se podem fazer extrapolações ou estimativas, apesar de os resultados irem ao encontro de outros estudos. Por exemplo, percebe-se que existe uma sobrerrepresentatividade da população com elevada literacia, e de nível socioeconómico médio a elevado, como é habitual acontecer nas amostras on-line (Dillman, 2008; Galupo, 2014). Em adição, pressupõe-se que a comunidade urbana a partir do qual se terá extraído esta amostra, limitará a generalização a outros ambiente semiurbanos ou rurais onde se conhece existirem diferenças de realidades. Da mesma forma o número de respostas de indivíduos heterossexuais masculinos poderá ter sido reduzido e perigoso para a análise inferencial. A amostra não é étnica ou racialmente diversa.

Parte da amostra foi colhida em centro de saúde, tendo-se verificado tratarem-se de participantes psicologicamente menos ajustados, parecendo não representar a população geral. Adicionalmente, o grupo heterossexual não apresenta características sociodemográficas equiparadas às minorias sexuais, nomeadamente em relação à faixa etária, embora saibamos que a seleção do grupo de controlo seja relevante nas comparações de personalidades (Savin-Williams, 2010). Este poderá ser o motivo porque não foram encontradas diferenças estatísticas na maioria das comparações relativas à ansiedade e depressão.

Os indivíduos até aos 21 anos estão ainda em formação neurológica, pelo que em estudos de personalidade deverá ser ponderada a sua exclusão. Apesar de tudo a aplicação da escala NEO-FFI mostrou a estabilidade da personalidade junto da população adolescente (Costa, 1999).

Os 5 fatores (NEOAC) incluem a maior parte da variabilidade da personalidade porém não captam a sua totalidade (Prinzle, 2009 cit Saucier 2003) ou revelam algumas inconsistências (Aluja, 2004; Egan, 2000) e assim outras características não incluídas poderão ser relevantes para o estudo da relação minoria sexual e personalidade (Widiger, 2009; Block, 1995; Andresen, 2000). As dimensões são tratadas como fatores unidimensionais, ao contrário do que ocorre na natureza (Vassend, 2011). Apesar de tudo organiza a personalidade em

conceitos simples trabalháveis e em domínios conceptualmente coerentes. Em específico, a escala de neuroticismo parece discriminar pouco os indivíduos com elevadas pontuações neste domínio, acontecendo o contrário para o domínio Amabilidade. Samuel (2010) sugere ser útil acrescentar questões mais “difíceis” no primeiro e mais “fáceis” no segundo, aumentando a fiabilidade da escala. O NEOFFI não parece conseguir detectar muito bem os subcomponentes da ansiedade (Karsten, 2012) e Inchausti (2015) identificou viéses de género em algumas questões.

As escalas de Likert apresentam problemas psicométricos e poderão não traduzir a dimensão real das respostas. Por um lado o espaçamento entre as diferentes opções é desigual e as 5 opções poderão ser muito limitadoras da resposta (Jones, 1955). Por exemplo a qualidade de vida usada poderia ter sido aferida numa escala de 11 pontos, para avaliar a mesma de 0 a 10.

A categorização da variável profissão apresenta alguns problemas. A escala a que se recorreu neste estudo não inclui todas as profissões e algumas foram classificadas de acordo com uma avaliação pessoal e naturalmente subjectiva. Por outro lado as habilitações literárias poderão confundir-se com a profissão (exemplo: “ser engenheiro”). Contudo é um ponto a utilizar, dado que discrimina bem os interesses de género (Lippa, 2005).

Os participantes responderam de forma voluntária, o que pode significar serem os mais saudáveis da população. Na realidade, não foram determinados formalmente os diagnósticos DSM-V ou ICD-10 para saúde mental.

Neste caso são versados temas privados ou potencialmente incómodos para o indivíduo, ou pelo fator da desejabilidade social, ou dada a perspetiva egocêntrica, as respostas poderão não ter sido 100% precisas ou até ter impedido a sua participação. Por exemplo a amabilidade não cobre bem o fator “manipulação”, muito provavelmente devido à desejabilidade social (Stöber, 2001). Contudo acontecimentos de vida muito significativos como os abusos podem ser medidos com um nível razoável de precisão (Turner, 2004).

A avaliação da orientação sexual não teve em conta a dimensão da atração sexual, significando que alguns heterossexuais poderiam ter sido considerados no grupo das minorias sexuais. Por este motivo, a estimativa média do erro de classificação poderá ser de cerca de 5%. E ainda existem indivíduos que não se revêm nas classificações habituais de orientação sexual (Savin-Williams, 2008). Um outro problema apontado por Fernandez (2006) indica que a escala utilizada não segue a distribuição natural em que as respostas mais frequentes se

encontram no meio da escala e as menos habituais, como é a bissexualidade, são mais extremas.

É sempre bom notar que as associações encontradas a nível de conjunto amostral não refletem as variações individuais que naturalmente existem. Os conceitos são impostos para fins de estudo e poderão não refletir a verdadeira continuidade biopsicosociológica, por exemplo os valores de normalidade para a depressão são os que se assumem previamente. Este estudo não leva em conta muitos outros fatores que impactam a vida dos indivíduos e assim este conjunto de variáveis é sempre limitado. Seria impossível reunir e estudar todas as variáveis importantes que distinguiriam o grupo LGBT. Muitas foram incluídas noutros estudos, onde já se conhecem os resultados.

Evidentemente, uma amostra maior permitiria explorar com maior detalhe os efeitos das variáveis.

As análises estatísticas procuram explicar a realidade mas não estão isentas de limitações. Por exemplo a análise da variância não leva em conta erros de medição (Hounkpatin, 2018). Em adição a estatística exige conhecimentos abrangentes e experiência metodológica.

6.2. Pontos fortes

Apesar das limitações, a maioria dos resultados vai de encontro aos resultados da literatura científica.

As minorias sexuais femininas apresentam uma realidade bem diversa da masculina e portanto foram analisados em separado. A importância disto é confirmada pelo presente estudo.

É conhecida a dificuldade em captar participantes LGBT (Meyer, 2009), porém conseguiu-se obter uma amostra de dimensão razoável.

Por outro lado, os estudos transversais são muito úteis pois permitem encontrar correlações entre variáveis, e são menos dependentes da dimensão da amostra (Meyer, 2009). Um outro aspecto positivo do estudo foi a obtenção online das respostas ao questionário. Isto permite alguma privacidade e é eticamente correcto (Kissinger, 1999).

Este estudo traz informação pouco comum acerca da análise da personalidade do grupo LGBT, incluindo a utilização raramente encontrada dos subcomponentes da escala NEO-FFI.

Dentro do conjunto demográfico incluiu-se uma categorização das profissões para permitir uma adicional abrangência dos factores sociais. E finalmente conduz uma perspectiva integrada no que se refere à interpretação dos resultados apresentados.

6.3. Estudos futuros

Vários autores defendem o uso de mais do que um classificador das variáveis de personalidade e o uso de diversas escalas por forma a aproximar os resultados da dimensão real (Borkenau, 2001; McCrae, 2001). Da mesma forma, trabalhos futuros poderão aumentar a consistência e precisão dos resultados da personalidade, questionando um familiar ou um amigo, para além do próprio indivíduo.

Para compreender melhor os interesses das minorias por comparação com os heterossexuais seria interessante analisar as suas ocupações e passatempos. É um dos aspectos mais relevantes para determinar diferenças de género (Lippa, 2005) e esta questão é importante no conjunto das minorias sexuais no que se refere à não conformidade de género.

Será muito relevante estudar os hábitos etanólicos entre as minorias sexuais em Portugal, pois trata-se de um país onde são preponderantes os problemas ligados ao álcool e ao mesmo tempo o grupo LGBT apresenta uma elevada prevalência de consumos excessivos e dependência.

Os estudos qualitativos e fenomenológicos, indagando motivações em resposta livre, são sempre um recurso muito interessante para descobrir novos factores e novas associações que ajudem a explicar a disparidade de saúde mental entre as minorias sexuais.

Os modelos matemáticos que procuram estudar os sistemas complexos a partir da teoria do caos constituem uma das possíveis abordagens da depressão, ansiedade e em particular os comportamentos suicidários.

6.4. Consideração final

Como médica de família não posso deixar de mencionar alguns aspetos a ter em consideração nos cuidados de saúde primários e que derivam deste estudo.

Em primeiro lugar, os prestadores de cuidados de saúde deverão enquadrar as minorias sexuais em padrões de normalidade. Uma atitude mais positiva por parte dos terapeutas, reduz a utilização de estereótipos e curiosamente menos diagnósticos de doença mental (Israel, 2004).

A abordagem da orientação sexual do indivíduo na consulta requer tempo e privacidade por se tratar de um tema sensível e da esfera mais íntima. Se apropriado no contexto, deve ser perguntada de uma forma neutra, sem qualquer assunção e respeitada qualquer que seja a resposta. Após avaliação e se for considerado necessário, o médico de família pode incentivar a marcação frequente de consultas, criando momentos regulares de escuta ativa. Porém reconhecer os seus próprios viéses inconscientes de actuação é fundamental (Mohr, 2013); temos o exemplo de a oferta de rastreios ser inferior entre as mulheres lésbicas.

Selecionar os bissexuais pela sua atividade bissexual, será mais relevante do ponto de vista preventivo, pois reúne aqueles com situações de saúde potencialmente mais adversas. Qualquer mudança da identidade sexual poderá estar associada a pior saúde mental (Everett, 2014). É importante estar atento a diagnósticos de disforia de género, situações estas que são complexas, ligadas a grande desconforto psicológico e que requerem apoio multidisciplinar diferenciado.

O clínico deve conhecer as suas limitações de conhecimentos, pois existem estruturas de apoio específicas para cada problema a que deve recorrer. Em paralelo deverão acompanhar os pais com filhos LGBT e informar acerca da existência de associações LGBT.

7. Referências

- Alanko K, Santtila P, Harlaar N, Witting K, Varjonen M, Jern P, et al. 2010. Common genetic effects of gender atypical behavior in childhood and sexual orientation in adulthood: A study of Finnish twins. *Archives of Sexual Behavior*. 39:81–92.
- Allen MS, Walter EE. 2018. Linking big five personality traits to sexuality and sexual health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 144(10):1081-1110.
- Aluja, A Garcia LF. 2005. Sensation seeking, sexual curiosity and testosterone in inmates. 51(1):28-33.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA, American psychiatric association, 2013.
- Andresen B. 2000. Six basic dimensions of personality and a seventh factor of generalized dysfunctional personality: a diathesis system covering all personality disorders. *Neuropsychobiology*. 41(1):5-23.
- Bailey JM, Dunne MP, Martin NG. 2000. Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal of Personality and Social Psychology*. 78(3):524–536.
- Balsam KF, Beauchaine TP, Mickey RM, Rothblum ED. 2005. Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *J Abnorm Psychol*. 114(3):471-6.
- Balsam KF, Mohr JJ. 2007. Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*. 54(3):306-319.
- Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B. 2011. Sexual Revictimization and Mental Health: A Comparison of Lesbians, Gay Men, and Heterosexual Women. *Journal of Interpersonal Violence*. 26(9):1798–1814.
- Bauermeister JA, Johns MM, Sandfort TG, Eisenberg A, Grossman AH, D'Augelli AR. 2010. Relationship trajectories and psychological well-being among sexual minority youth. *Journal of Youth and Adolescence*. 39(10):1148-63.
- Bem DJ. 1996. Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*. 103(2):320-335.

- Berggren N, Bjørnskov C, Nilsson T. 2015. What aspects of society affect the quality of life of a minority? Global evidence from the new gay happiness index. Research Institute of industrial economics. IFN Working paper nº. 1101:1-48.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. 2002. The validity of the hospital anxiety and depression scale an updated literature review. *Journal Psychos Res.* 52:69-77.
- Björkenstam C, Björkenstam E, Andersson G, Cochran S, Kosidou K. 2017. Anxiety and Depression Among Sexual Minority Women and Men in Sweden: Is the Risk Equally Spread Within the Sexual Minority Population? *J Sex Med.* 14(3):396-403.
- Bleidorn W, Kandler C, Riemann R, Angleitner A, Spinath FM. 2009. Patterns and sources of adult personality development: Growth curve analyses of the NEO PI-R scales in a longitudinal twin study. *Journal of Personality and Social Psychology.* 97(1):142–155.
- Bleidorn W, Hopwood CJ, Ackerman RA, Witt EA, Kandler C, Riemann R, Samuel DB, Donnellan MB. 2019. The healthy personality from a basic trait perspective. *J Pers Soc Psychol.*
- Block J. 1995. A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological bulletin.* 117(2):187-215.
- Blondeel K, de Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. 2018. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 96(1):29-41L.
- Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, et al. (2013) Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLoS ONE.* 8(10):e76646.
- Bonelli R, Koenig H. 2013. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health.* 52(2):657-673.
- Borkenau P, Riemann R, Angleitner A, Spinath FM. 2001. Genetic and environmental influences on observed personality: Evidence from the German Observational Study of Adult Twins. *Journal of Personality and Social Psychology.* 80(4):655–668.
- Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. 2010. Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *Am Journal Public Health* 100:468-475.
- Bostwick WB, Meyer I, Aranda F, Russell S, Hughes T, Birkett M, Mustanski B. 2014. Mental health and suicidality among racially/ethnically diverse sexual minority youths. *American Journal of Public Health.* 104:1129–1136.

- Bouchard TJ. 2004. Genetic influence on human psychological traits - A survey. *Curr Dir Psychol Sci.* 13(4):148–151.
- Bränström R, Pachankis JE. 2018. Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: a national population-based study (2008-2015). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 53:403-412.
- Brents LK, Cisler JM, Kilts CD. 2018. Personality variables modify the relationship between childhood maltreatment history and poor functional outcomes. *Psychiatry Research.* 268:229-237.
- Bryant AS, Demian. 1994. Relationship characteristic of American gay and lesbian couples. *Journal of gay and lesbian social services.* 1(2):101-117.
- Cáceres C, Konda K, Pecheny M, Chatterjee A, Lyerla R. 2006. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 3:iii3-9.
- Caldas de Almeida J, Xavier M. 2013. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1).
- Caldas de Almeida J. 2018. A saúde mental dos portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2013. Estimated percentages and characteristics of men who have sex with men and use injection drugs. United States, 1999-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 62(37):757-62.
- Chakraborty A, McManus S, Brugha TS, Bebbington P, King M. 2011. Mental health of the non-heterosexual population of England. *Br J Psychiatry.* 198(2):143-8.
- Chapman BP. 2007. Bandwidth and Fidelity on the NEO-Five Factor Inventory: Replicability and Reliability of Saucier's (1998) Item Cluster Subcomponents. *Journal of Personality Assessment.* 88(2):220-234.
- Cobb S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine.* 38(5):300-314.
- Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. 2003. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 71(1):53–61.

- Cochran SD, Mays VM. 2009. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal Abnorm Psychol.* 118(3):647–658.
- Coelho do Vale R, Moreira I. 2016. Estudo de satisfação e bem estar à sociedade portuguesa. Observatório da sociedade portuguesa, Católica-Lisbon.
- Cordeiro JCD. 2005. Manual de psiquiatria clínica. 3ªEd. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 3.1:209-228.
- Corliss HL, Cochran SD, Mays VM. 2002. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse and Neglect.* 26(11):1165–1178.
- Cornwell, B., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. 2008. The social connectedness of older adults: A national profile. *American Sociological Review.* 73(2):185–203.
- Costa PA, Pereira H, Leal I. 2015. “The contact hypothesis” and attitudes toward same-sex parenting. *Sex Res Soc Policy.* 12:125-136.
- Costa PT, McCrae RR. 1999. Inventario de Personalidad NEO-Revisado (NEO PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO FFI). Manual Profesional. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa PT, Terracciano A, McCrae RR. 2001. Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol.* 81(2):322-331.
- Costa PT, Bagby RM, Herbst JH, McCrae RR. Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *J Affect Disord.* 89:45-55.
- D’Avanzo PA, Barton SC, Kapadia F, Halkitis PN. 2017. Personality and its relation to mental and psychological health in emerging adult sexual minority men: the P18 cohort study. *Behavioural medicine.* 43(3):191-199.
- DeNeve K, Cooper H. 1998. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin.* 124(2):197-229.
- DeYoung CG, Peterson JB, Séguin JR, Pihl RO, Tremblay RE. 2008. Externalizing behavior and the higher-order factors of the Big Five. *J. Abnorm. Psychol.* 117:947–953.
- Dillman DA, Phelps G, Tortora R, Swift K, Kohrell J, Berck J, Messer BL. 2008. Response rate and measurement differences in mixed-mode surveys using mail, telephone, interactive voice response (IVR) and the Internet. *Social science research.* 38(1):1-18.

- Direcção Geral da Saúde (DGS) - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013.
- Dirkes J, Hughes T, Ramirez-Valles J, PhD,3 Johnson T, Bostwick W. 2016. Sexual Identity Development: Relationship to Lifetime Suicidal Ideation in Sexual Minority Women. *J Clin Nurs*. 25(23-24):3545–3556.
- Dodge B, Herbenick D, Friedman MR, Schick V, Fu TJ, Bostwick W, Bartelt E, Muñoz-Laboy M, Pletta D, Reece M, Sandfort TG. 2016. Attitudes toward Bisexual Men and Women among a Nationally Representative Probability Sample of Adults in the United States. *PLoS One*. 11(10):1-18.
- Dolan P, Peasgood T, White M. 2008. Do We Really know what Makes Us Happy? A Review of the Economic Literature on the factors associated with subjective Well-Being. *J Economic Psychology*. 29(1):94-122.
- Drucker DJ. 2011. Marking Sexuality from 0–6: The Kinsey Scale in Online Culture. *Sexuality & Culture*. 16(3):241–262.
- Egan V, Deary I, Austin E. (2000). The NEO-FFI: emerging British norms and an item-level analysis suggest N, A and C are more reliable than O and E. *Personality and Individual Differences*. 29(5):907–920.
- Elísio SN, Paulos R. 2018. Violência no namoro em casais do mesmo sexo: discursos de homens gays. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 117.
- Espelage DL, Aragon SR, Birkett M, Koenig BW. 2008. Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students. What influence do parents and schools have? *School Psychology Review*. 37(2):202-216
- Everett BG, Rosario M, McLaughlin KA, Austin SB. 2014. Sexual orientation and gender differences in markers of inflammation and immune functioning. *Ann Behav Med*. 47(1):57-70.
- Fartacek C, Schiepek G, Kunrath S, Fartacek R, Plöderl M. 2016. Real-Time monitoring of non-linear suicidal dynamics: methodology and a demonstrative case report. *Front Psychol*. 7:130.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, Vos T, Whiteford HA. 2013. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine*. 10.

- Finkelhor D, Turner HA, Hamby SL, Ormrod RK. 2011. Poly-victimization: children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. *OJJDP Juvenil Justice Bulletin – NCJ235504* (1-12). Washington DC: US Government Printing Office.
- Fox KR, Hooley JM, Smith DMY, Ribeiro JD, Huang X, Nock MK, Franklin JC. 2018. Self-Injurious thoughts and behaviors may be more common and severe among people identifying as a sexual minority. *Behav Ther.* 49(5):768-780.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emlet, C. A., Kim, H. J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. P. 2012. The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist.* 53(4):664–675.
- Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, et al. 2013. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health.* 103(10):1802–1809.
- Fredriksen-Goldsen KI et al. 2015. Successful aging among LGBT older adults: physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist.* 0(0):1-15
- Freitas FD, Coimbra S, Fontaine MA. 2017. Resilience in LGB Youths: A Systematic Review of Protection Mechanisms. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 27(66):69-79.
- Friedman MS, Marchal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc EM, et al. 2011. A meta-analysis of disparities in childhood abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am Journal Public Health.* 101(8):1481-1494.
- Friedman MR, Dodge B, Schick V, Herbenick D, Hubach R, Bowling J, et al. 2014. From bias to bisexual health disparities: attitudes toward bisexual men and women in the United States. *LGBT Health.* 1:309-18.
- Frisell T, Lichtenstein P, Rahman Q, Langstrom N. 2010. Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: Influence of minority stress and familial factors. *Psychological J Sex Res.* 49(1):36-49.
- Frost DM, Forrester C. 2013. Closeness discrepancies in romantic relationships: implications for relational well-being, stability, and mental health. *Pers Soc Psychol Bull.* 39(4):456-69.

- Galupo MP, Mitchell RC, Gryniewicz AL, Davis KS. 2014. Sexual minority reflections on the Kinsey Scale and the Klein Sexual orientation grid: conceptualization and measurement. *Journal of Bisexuality*. 14(3-4):404-43.
- Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey J, DuRant RH. 1998. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *American Academy of Pediatrics*. 101(5):895-902.
- Gates GJ. Same-sex and Different-sex Couples in the American Community Survey: 2005–2011. Los Angeles: UCLA School of Law, Williams Institute; 2013. [Accessed October 28, 2014]. Available at: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/ACS-2013.pdf>.3
- Gilmore AK, Koo KH, Nguyen HV, Granato HF, Hughes TL, Kaysen D. 2014. Sexual assault, drinking norms, and drinking behavior among a national sample of lesbian and bisexual women. *Addict Behav*. 39(3):630-6.
- Guerim LD, de Carvalho HW, Lara DR. 2015. The relationship between temperament and sexual orientation. *Journal Affect Disord*. 175:379-84.
- Guerreiro DF, Santos N. 2014. Suicídio. In Figueira ML, Sampaio D, Afonso P. *Manual de Psiquiatria Clínica*. 1.ª ed. Lisboa. Lidel.
- Guerreiro DF, Sampaio D, Ríhmer Z, Gonda X, Figueira, ML. 2013. Affective temperaments and self-harm in adolescents: A cross-sectional study from a community sample. *J Affective Disorders*. 151(3):891-898.
- Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR et al. 2011. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal Homosex*. 58(1):10-51.
- Hamby S, Turner H. 2013. Measuring teen dating violence in males and females: insights from the national survey of children's exposure to violence. *Psychology of Violence*. 3:323-339.
- Hatzenbuehler ML. 2009. How does sexual minority stigma "Get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychol Bull*. 135(5):707–730.
- Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, Finch BK, Muennig P, Fiscella K. 2014. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Soc Sci Med*. 103:33–41.
- Hegna K, Wichstrøm L. 2007. Suicide attempts among norwegian gay, lesbian and bisexual youths: general and specific risk factors. *Acta Sociologica*. 50(1):21–37.

- Henderson MM, Simon KA, Henicheck J. 2018. The relationship between sexuality–professional identity integration and leadership in the workplace. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 5(3):338-351.
- Herek GM. 1984. Attitudes toward lesbians and gay men: a factor-analytic study. *J Homosex*. 10(1-2):39-51.
- Herek GM. 1984. Beyond "homophobia": a social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. *J Homosex*. 10(1-2):1-21.
- Herrell R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsuang MT. 1999. Sexual orientation and suicidality. A co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry*. 56:867-874.
- Herrmann C. 1997. International experiences with the depression and anxiety scale - a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*. 42(1):17-41.
- Hinz A, Brähler E. 2011. Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *J Psychosom Res*. 71(2):74-8.
- Hoffarth MR, Hodson G, Molnar DS. 2018. When and why is religious attendance associated with antigay bias and gay rights opposition? A justification-suppression model approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 115(3):526-563.
- Holden RR, Kroner DG. 2003. Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 35(1):35–44.
- Holden RR, DeLisle MM. 2006. Factor structure of the reasons for attempting suicide questionnaire (RASQ) with suicide attempters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 28(1):1–8.
- Hounkpatin, H. O., Boyce, C. J., Dunn, G., & Wood, A. M. 2018. Modeling bivariate change in individual differences: Prospective associations between personality and life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 115(6):e12-e29.
- Hughes TL, Elliason M. 2002. Substance Use and Abuse in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations. *The Journal of Primary Prevention*. 22(3):263-298.
- Hughes T, McCabe SE, Wilsnack SC, West BT, Boyd CJ. 2010. Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction*. 105(12):2130-40.

- Hughes T, Szalacha LA, McNair R. 2010. Substance abuse and mental health disparities: comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women. *Social Science & Medicine*. 71(4):824–831.
- Hughes, TL, Johnson TP, Steffen AO, Sharon C, Wilsnack D, Everett B. 2014. Lifetime victimization, hazardous drinking and depression among heterosexual and sexual minority women. *LGBT Health*. 1(3):192–203.
- Inchausti F, Mole J, Pedrero EF, Ortuño-Sierra J. 2015. Validity of personality measurement in adults with anxiety disorders: psychometric properties of the Spanish. NEO-FFI-R using Rasch analyses. *Front Psychol*. 6:465.
- Ioverno S, Belser AB, Baiocco R, Grossman AH, Russell ST. 2016. The protective role of gay–straight alliances for lesbian, gay, bisexual, and questioning students: A prospective analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 3(4):397–406.
- Israel T, Mohr JJ. 2004. Attitudes Toward Bisexual Women and Men. *Journal of Bisexuality*. 4(1-2):117–134.
- Jang KL, McCrae RR, Angleitner A, Riemann R, Livesley WJ. 1998. Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: Support for a hierarchical model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74(6):1556–1565.
- Jeffries WL 4th. 2014. Beyond the bisexual bridge: sexual health among U.S. men who have sex with men and women. *Am J Prev Med*. 47(3):320–9.
- Jones LV, Thurstone LL. 1955. The psychophysics of semantics: an experimental investigation. *Journal of Applied Psychology*. 39(1):31–36.
- Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M, Jokela M, Pulkki-Råback L, Keltikangas-Järvinen L. 2011. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a population-based study. *J Affect Disord*. 133(1-2):265–73.
- Kandler C, Riemann R, Spinath FM, Angleitner A. 2010. Sources of variance in personality facets: a multiple-rater twin study of self-peer, peer-peer, and self-self (dis)agreement. *Journal of Personality*. 78(5):1565–1594.
- Karsten, J., Penninx, B. W., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. A., and Hartman, C. A. 2012. The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personal-ity traits. *J. Psychiatr. Res*. 46, 644–50.
- Katz-Wise SL, Hyde JSJ. 2012. Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. *Sex Res*. 49(2-3):142–67.

- Katz-Wise SL, Rosario M, Tsappis M. 2016. LGBT Youth and Family Acceptance. *Pediatr Clin North Am.* 63(6):1011–1025.
- Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. 2004. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am J Psychiatry.* 161(4):631–6.
- Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. 2006. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 63:1113–20.
- Kennedy HR, Dalla RL, Dreesman S. 2018. “We are two of the lucky ones”: experiences with marriage and wellbeing for same-sex couples. *Journal of Homosexuality.* 65(9):1207-1231.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry.* 62(6):593-602.
- King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I. 2008. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 8(70):1-17.
- Kinnish KK, Strassberg DS, Turner CW. 2005. Sex differences in the flexibility of sexual orientation: a multidimensional retrospective assessment. *Archives of Sexual Behavior.* 34(2):173-183.
- Kinsey AC, et al. 1948/1998. *Sexual Behavior in the Human Male.* Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington: Indiana U. Press.
- Kinsey AC, et al. 1953/1998. *Sexual Behavior in the Human Female.* Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington: Indiana U. Press.
- Kissinger P, Rice J, Farley T, Trim S, Jewitt K, Margavio V, Martin DH. 1999. Application of computer-assisted interviews to sexual behavior research. *Am J Epidemiol.* 149(10):950-4.
- Klein F, Sepekoff B, Wolf TJ. 1985. Sexual orientation: a multi-variable dynamic process. *Journal of homosexuality.* 1135-49.
- Koh SA, Ross L. 2006. Mental Health Issues. *Journal of homosexuality.* 51:33-57.
- Kornblith E, Green RJ, Casey S, Tiet Q. 2016. Marital status, social support, and depressive symptoms among lesbian and heterosexual women. *Journal of lesbian studies.* 20(1): 157-173.

- Kosciw JG, Greytak EA, Bartkiewicz MJ, Boesen MJ, Palmer, NA. 2012. The 2011 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in our nation's schools. New York, NY: Gay, Lesbian, and Straight Education Network.
- Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. 2010. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 136:768.
- Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG, McGue M. 2002. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modelling the externalizing spectrum. *J Abnormal Psychology.* 111(3):411-424.
- Kulkin HS. 2006. Factors enhancing adaptive coping and mental health in lesbian youth. *Journal of homosexuality.* 50(4):97-111.
- Kumar V, Kumar S. 2014. Workplace spirituality as a moderator in relation between stress and health: an exploratory empirical assessment. *International Review of psichyatr.* 26(3):344-351.
- Lachowsky NJ, Dulai JJS, Cui Z, Sereda P, Rich A, Patterson TL, Corneil TT, Montaner JSG, Roth, EA, Hogg RS, Moore DM. 2017. Lifetime doctor-diagnosed mental health conditions and current substance use among gay and bisexual men living in Vancouver, Canada. *Subst. Use Misuse.* 52(6):785–797.
- Lahey BB. 2009. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol.* 64(4):241–256.
- Långström N, Rahman Q, Carlström E, Lichtenstein P. 2010. Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: a population study of twins in Sweden. *Archive Sexual Behavior.* 39(1):75–80.
- Lewis NM. 2009. Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & Place.* 5(4):1029-1045.
- Lewis RJ, Miguel A. Padilla, Robert J. Milletich et al. 2015. Emotional distress, alcohol use, and bidirectional partner violence among lesbian women. *Violence Against Women.* 21(8):917–938.
- Lima M, Simões A. 2000. A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica.* 2(18):171-179.
- Lima MP, Magalhães E, Salgueira A, Gonzales AJ, Costa JJ, Costa MJ, Costa P. 2014. A versão portuguesa do NEO-FFI: caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Revista Psicologia.* 28(2):1-10.

- Lin Y, Mutz J, Clough PJ, Papageorgiou KA. 2017. Mental Toughness and Individual Differences in Learning, Educational and Work Performance, Psychological Well-being, and Personality: A Systematic Review. *Front Psychol.* 11(8):1345.
- Lippa RA. 2005. Sexual orientation and personality. *Annual Review of Sex Research.* 16:119-153.
- Lippa RA. 2005. Subdomains of gender-related occupational interests: Do they form a cohesive bipolar m-f dimension? *Journal of Personality.* 73(3):693–729.
- Lippa RA. 2010. Sex differences in personality traits and gender-related occupational preferences across 53 nations: testing evolutionary and social-environmental theories. *Arch Sex Behav.* 39(3):619-36.
- Lippa RA, Preston K, Penner J. 2014. Women's representation in 60 occupations from 1972 to 2010: more women in high-status jobs, few women in things-oriented jobs. *PLoS ONE.* 9(5).
- Liu J, Qu B, Zhu Y, Hu B. 2015. The influence of social support on quality of life of men who have sex with men in China: A Preliminary Study. *PLoS One.* 10(5):1-10.
- Livingston NA, Heck NC, Flentje A, Gleason H, Oost KM, Cochran BN. 2015. Sexual minority stress and suicide risk: identifying resilience through personality profile analysis. *Psychol Sex Orientat Gend Divers.* 2(3):321-328.
- Lunn MR, Cui W, Zack MM, Thompson WW, Blank MB, Yehia BR. 2017. Sociodemographic characteristics and health outcomes among lesbian, gay and bisexual US adults using healthy people 2020 leading health indicators. *LGBT Health.* 4(4):283-294.
- Magalhães E, Salgueira A, Gonzalez AJ, Costa JJ, Costa MJ, Costa P, Lima MP. 2014. NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 27(4):642–657.
- Marshall B, Shoveller JA, Kahler CW, Koblin BA, Mayer K, Mimiaga M, van den Berg J, Zaller N, Operario D. 2015. Heavy drinking trajectories among men who have sex with men: a longitudinal, group-based analysis. *Alcoholism Clinical and Experimental Research.* 39(2):380-389.
- Mathy RM. 2002. Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America. *International Journal of Sexuality and Gender Studies.* 7(2-3):215-225.

- Mathy RM, Cochran SD, Olsen J et al. 2011. The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990–2001. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 46:111-117.
- McCrae RR, Costa P. 2004. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences.* 36:587-596.
- McCrae RR, Costa Jr. PT. 2007. Brief versions of the NEO-PI-3. *Journal of Individual Differences.* 28(3):116–128.
- McCrae RR, Kurtz JE, Yamagata S, Terracciano A. 2011. Internal consistency, retest reliability, and their implications for personality scale validity. *Pers Soc Psychol Rev.* 15(1):28–50.
- McDermott RC, Smith PN, Borgogna N, Booth N, Granato S, Sevig TD. 2018. College students' conformity to masculine role norms and help-seeking intentions for suicidal thoughts. *Psychology of Men & Masculinity.* 19(3):340-351.
- McGeough BL, Sterzing PR. 2018. A systematic review of family victimization experiences among sexual minority youth. *Journal of Primary Prevention.* 39(10):1-38.
- McLaren S, Schurmann J, Jenkins M. 2015. The Relationships Between Sense of Belonging to a Community GLB Youth Group; School, Teacher, and Peer Connectedness; and Depressive Symptoms: Testing of a Path Model. *J Homosex.* 62(12):1688-702.
- McLaughlin D, Vagenas D, Pachana N, Begum N, Dobson A. 2010. Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. *Journal of Health Psychology.* 15:671–679.
- Mendes JCS, Figueiras MJ, Moss T. 2016. Influence of personality traits in self-evaluative salience, motivational salience and self-consciousness of appearance. *Psychology, Community and Health.* 5(2):187-197.
- Mereish EH, O'Cleirigh C, Bradford JB. 2014. Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minority men and women. *Psychol Health Med.* 19(1).
- Meyer IH. 2003. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 129(5):674–697.
- Meyer IH, Wilson PA. 2009. Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *J Counseling Psychology.* 56(1):23-31.
- Mikulášková G, Babinčák P. 2015. Self-Esteem, Extraversion, Neuroticism and Health As Predictors of Quality of Life. *Human Affairs.* 25(4):411-420.

- Moleiro C, Pinto N, Freire J. 2013. Effects of Age on Spiritual Well-Being and Homonegativity: Religious Identity and Practices among LGB Persons in Portugal. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*. 25:93-111.
- Mohr JJ, Fassinger RE. 2006. Sexual orientation identity and romantic relationship quality in same-sex couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 32(8):1085-1099.
- Möttus R, Reale A, Allik J, Esko T, Metspalu A, Johnson W. 2015. Within-trait heterogeneity in age group differences in personality domains and facets: implications for the development and coherence of personality traits. *PlosOne*. 10(3):1-30.
- Mousavi SV, Sheakhli N, Rezaei S. 2015. Role of the big five traits in chemical suicide attempt. *Practice in clinical Psychology*. 3(4):235-242.
- Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. 2010. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American journal of public health*. 100(12):2426-2432.
- Newcomb ME, Clerkin EM, Mustanski B. 2011. Sensation seeking moderates the effects of alcohol and drug use prior to sex on sexual risk in young men who have sex with men. *AIDS Behavior*. 15(3):565-75.
- Ormel J, Riese H, Rosmalen JGM. 2012. Interpreting neuroticism scores across the adult life course: immutable or experience-dependent set points of negative affect? *Clinical Psychology Review*. 32(1):71-79.
- Pearson J, Wilkinson L. 2013. Family relationships and adolescent well-being: are families equally protective for same-sex attracted youth? *J Youth Adolesc*. 42(3):376-93.
- Pesola F, Shelton KH, van den Bree MB. 2014. Sexual orientation and alcohol problem use among U.K. adolescents: an indirect link through depressed mood. *Addiction*. 109(7):1072-80.
- Plöderl M, Sellmeier M, Fartacek C, Pichler E, Fartacek R, Kralovec K. 2014. Explaining the suicide risk of sexual minority individuals by contrasting the minority stress model with suicide models. *Arch Sex Behav*. 43(8):1559–1570.
- Plöderl M, Tremblay P. 2015. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International. Review of sychiatry*. 27(5):367-385.
- Powdthavee N, Wooden M. 2015. Life satisfaction and sexual minorities: evidence from Australia and the United Kingdom. *Journal of Economic Behavior and Organization*. 116:107-126.

- Prinz P, Stams GJJM, Dkovic M, Reijntjes AHA, Belsky J. 2009. The relations between parents big five personality factors and parenting: a meta-analytic review. *J Personality and Social Psychology*. 97(2):351-362.
- Rebelo, L. 2011. *A família em Medicina Geral e Familiar – conceitos e práticas*. 1ª ed. Portugal. Verlag Dashofer Portugal.
- Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. 1998. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*. 88(1):57–60.
- Ribeiro JLP. 1999. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Aná. Psicológica*. 17(3).
- Ribeiro JLP, Silva I, Ferreira T, Martins A, Menezes R, Baltar M. 2007. Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology Health and Medicine*. 12:225-237.
- Rieger G, C Savin-Williams R. 2012. Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior*. 41:611-21.
- Rieger G, Rosenthal AM, Cash BM, Linsenmeier JA, Bailey JM, Savin-Williams RC. 2013. Male bisexual arousal: a matter of curiosity? *Biol Psychol*. 94(3):479-89.
- Rieger G, Savin-Williams RC, Chivers ML, Bailey JM. 2016. Sexual arousal and masculinity-femininity of women. *J Pers Soc Psychol*. 111(2):265-83.
- Riggle EDB et al. 2008. The positive aspects of being aa lesbian or a gay man. *Professional Psychology Research and practice*. 39(2):210-217.
- Roberti, J. W. 2004. A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*. 38(3):256-279.
- Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. 2006. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 132:1–25.
- Roberts AL, Glymour MM, Koenen KC. 2013. Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood? *Arch Sex Behav*. 42(2):161–171.
- Rodrigues MCCC, Leite F, Queirós, M. 2017. Sexual minorities: The terminology. *European Psychiatry*. 41.S848.
- Rood L, Roelofs J, Bögels SM, Nolen-Hoeksema S, Schouten E. 2009. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 29(7):607-16

- Rosario M, Schrimshaw Rieger G, C Savin-Williams R. 2012. Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior*. 41:611-21.
- Rosario M, Schrimshaw E. 2014. sexual-orientation disparities in substance use in emerging adults: a function of stress and attachment paradigms. *Theories and etiologies of sexual orientation*. *Psychol Addict Behav*. 28(3):790–804.
- Roth EA, Cui Z, Wang L, Armstrong HL, Rich AJ, Lachowsky NJ, Hogg RS. 2018. Substance use patterns of gay and bisexual men in the Momentum health study. *American Journal of Men's Health*. 1759–1773.
- Røysamb E, Nes RB, Czajkowski NO, Vassend O. 2018. Genetics, personality and wellbeing. A twin study of traits, facets and life satisfaction. *Scientific Reports*. 8:12298.
- Rueter M, Keyes M, Iacono WG, McGue M. 2009. Family interactions in adoptive compared to nonadoptive families. *Journal of Family Psychology*. 23:58–66.
- Salvador-Carulla L, Lucas R, Ayuso-Mateos JL, Miret M. 2014. Functioning; health terminology; nomenclature. Use of the terms “Wellbeing” and “Quality of Life” in health sciences: A conceptual framework. *European Journal of Psychiatry*. 28(1):55-70.
- Samuel DB, Ansell EB, Hopwood CJ, Morey LC, Markowitz JC, Skodol AE, Grilo CM. 2010. The impact of NEO PI-R gender norms on the assessment of personality disorder profiles. *Psychol Assess*. 22(3):539-45.
- Sandfort TGM, Graaf R, Bijl RV, Schnabel P. 2001. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 58:85-91.
- Sandfort TGM, Bakker F, Schellevis FG, Vanwesenbeeck I. 2006. Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: findings from a Dutch population survey. *Am J Public Health*. 96(6):1119–1125.
- Santos G-M, Rapues J, Wilson EC, Macias O, Packer T, Colfax G, Raymond HF. 2014. Alcohol and substance use among transgender women in San Francisco: Prevalence and association with human immunodeficiency virus infection. *Drug and Alcohol Review*. 33:287–295.
- Saucier G. 1998. Replicable item-cluster subcomponents in the NEO Five-Factor Inventory. *Journal of Personality Assessment*. 70(2):263-276.
- Savin-Williams RC, Ream GL. 2007. Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Arch Sex Behav*. 36(3):385-94.

- Savin-Williams RC. 2008. Then and now: recruitment, definition, diversity, and positive attributes of same-sex populations. *Dev Psychol.* 44(1):135-8.
- Savin-Williams RC, Cohen KM, Joyner K, Rieger G. 2010. Depressive Symptoms Among Same-Sex Oriented Young Men: Importance of the Reference Group. *Archives of Sexual Behavior.* 39(6):1213–1215.
- Savin-Williams RC, Joyner K, Rieger G. 2012. Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Arch Sex Behav.* 41(1):103-10.
- Schmitt DP, Realo A, Voracek M, Allik J. 2008. Why can't a man be more like a woman? Sex differences in big five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology.* 94(1):168–182.
- Scott RL, Lasiuk G, Norris CM. 2016. Sexual orientation and depression in Canada. *Can J Public Health.* 107(6).
- Shearer A, Herres J et al. 2016. Differences in mental health symptoms across lesbian, gay, bisexual, and questioning youth in primary care settings. 59(1):38–43.
- Singer M. 2006. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS, part 2: Further conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology.* 34(1):39–53.
- Shneidman ES. 1981. Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 11:198–220.
- Skevington SM, Böhnke JR. 2018. How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures? *Social Science & Medicine.* 206:22–30.
- Spitalnick JS, McNair LD. 2010. Couples therapy with gay and lesbian clients: an analysis of important clinic issues. *Journal of Sex and Marital Therapy.* 31(1):37-41.
- Steel P, Schmidt J, Shultz J. 2008. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin.* 134:138–161.
- Stoeber J. 2001. The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Convergent validity, discriminant validity, and relationship with age. *European Journal of Psychological Assessment.* 17:222-232.
- Talley AE, Littlefield AK. 2014. Pathways between concealable stigmatized identities and substance misuse. *Social and Personality Psychology Compass.* 8(10):569-582.
- Talley AE, Gilbert PA, Mitchell J, Goldbach J, Marshall BD, Kaysen D. 2016. Addressing gaps on risk and resilience factors for alcohol use outcomes in sexual and gender minority populations. *Drug and Alcohol Review.* 35(4):484-93.

- Tatum AK. 2016. The influence of same-sex marriage access on sexual minority identity, mental health, and subjective well-being. *J Homosexuality*. 64(5).
- Teasdale B, Bradley-Engen MS. 2010. Adolescent same-sex attraction and mental health: the role of stress and support. *J Homosex*. 57(2):287-309.
- Telles-Correia, Diogo & Barbosa, António. 2009. Anxiety and depression in medicine: Models and measurement. *Acta médica portuguesa*. 22:89-98.
- Terracciano RR, McCrae PT, Costa J. 2010. Intra-individual change in personality stability and age. *Journal of Research in Personality*. 44:31-37.
- Tesch SA, Cameron KA. 1987. Openness to experience and development of adult identity. *Journal of Personality*. 55(4):615-630.
- Thoits PA. 1982. Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*. 10:341-362.
- Trinh MH, Agénor M, Austin SB, Jackson CL. 2017. Health and healthcare disparities among U.S. women and men at the intersection of sexual orientation and race/ethnicity: a nationally representative cross-sectional study. *BMC Public Health*. 17(1):964.
- Trofimova I. 2010. An investigation into differences between the structure of temperament and the structure of personality. *Am J Psychol*. 123(4):467-80.
- Turner RJ, Lloyd DA. 2004. Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. *Archives General Psychiatry*. 61(5):481-8.
- Ullman S E. 2010. *Psychology of women (APA Division 35). Talking about sexual assault: Society's response to survivors*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Vassend O, Røysamb E, Nielsen CS. 2012. Neuroticism and self-reported somatic health: a twin study. *Psychol Health*. 27(1):1-12.
- Vitorino MLCSB. 2016. *Satisfação com o suporte social e qualidade de vida em jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de humanidades e tecnologias Escola de psicologia e ciências da Vida. Lisboa.
- Vrangalova Z, Savin-Williams RC. 2012. Mostly heterosexual and mostly gay/lesbian: evidence for new sexual orientation identities. *Archives Sexual Behavior*. 41:85.

- Wang J, Ploderl M, Hausermann M, Weiss MG. 2015. Understanding suicide attempts among gay men from their self perceived causes. *Journal of nervous and mental disease*. 203(7):499-506.
- Watkins PC, Uher J, Pichinevskiy S. 2015. Grateful recounting enhances subjective well-being: The importance of grateful processing. *The Journal of Positive Psychology*. 10(2):91-98.
- Weston SJ, Hill PL, Jackson JJ. 2015. Personality traits predict the onset of disease. *Social Psychological and Personality Science*. 6(3):309–17.
- Wethington E, Kessler RC. 1986. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *J Health Soc Behav*. 27(1):78-89.
- World Health Organization (WHO). The WHOQOL Group. 1994. Development of the WHO-QOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 23:24-56.
- World Health Organization (WHO). The WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science*. 41, pp. 1403-1409. Retirado a 12 de Novembro de 2015: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369500112K>.
- World Health Organization (WHO). Preventing Suicide: A Global Imperative (World Health Organization, Geneva. 2014.
- Widiger TA, Livesley WJ, Clark LA. 2009. An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological assessment*. 21(3):243-255.
- Wight RG, LeBlanc AJ, Badgett MVL. 2013. Same-Sex Legal Marriage and Psychological Well-Being: Findings From the California Health Interview Survey. *Am J Public Health*. 103(2):339–346.
- Wilkinson MJ, Barczak P. 1988. Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 38(312):311-313.
- Williams Institute (WI). https://williamsinstitute.law.ucla.edu/datablog/just-the-facts-data-overview_2015. Acedido em 5 de nov de 2018.
- Woolwine D. 2000. Community in Gay Male Experience and Moral Discourse. *Journal of Homosexuality*. 38(4):5-37.
- Yong-Kyu K. 2009. *Handbook of Behavior Genetics*. Springer.

- Yu L, Jiang C, Na J, Li N, Diao W et al. 2013. Elevated 12-month and lifetime prevalence and comorbidity rates of mood, anxiety, and alcohol use disorders in Chinese men who have sex with men. *PLOS ONE*. 8(4):e50762.
- Zhao Y, Montoro R, Igartua K, Thombs BD. 2010. Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting “unsure” sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: Forgotten groups? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(2):104–113.
- Zietsch BP, Verweij KJ, Bailey JM, Wright MJ, Martin NG. 2011. Sexual orientation and psychiatric vulnerability: a twin study of neuroticism and psychoticism. *Arch Sex Behav*. 40(1):133-42.
- Zheng L, Lippa RA, Zheng Y. 2011. Sex and sexual orientation differences in personality in China. *Arch Sex Behav*. 40(3):533-41.
- Zigmond AS, Snaith RP. 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67:361–370. 5.
- Zoeterman SE, Wright AJ. 2014. The role of openness to experience and sexual identity formation in LGB individuals: Implications for mental health. *Journal of Homosexuality*. 61(2):334-353.

8. Anexos – excertos do questionário

Indicadores de felicidade LGB

QUESTIONS RESPONSES 241 Total points: 0

Indicadores de felicidade LGB

Respondendo a este questionário conhecerás a tua personalidade e o teu nível de bem estar. Demora 10 a 15 minutos a responder. Se desejares, receberás no teu mail os teus indicadores individuais e os da totalidade do grupo.

Idade *

Short-answer text

...

Sexo atribuído ao nascimento e sexo actual *

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ O meu sexo actual é diferente do meu sexo atribuído ao

Orientação sexual *

Indicadores de felicidade LGB

QUESTIONS RESPONSES 241 Total points: 0

...

Orientação sexual *

☐ Exclusivamente heterossexual

☐ Exclusivamente heterossexual com experiências homossexuais

☐ Bissexualidade com preferência pelo género oposto

☐ Bissexualidade sem preferência por género

☐ Bissexualidade com preferência pelo mesmo género

☐ Homossexual exclusivo com experiências heterossexuais

☐ Homossexual exclusivo

Personalidade 1 *

	Discordo forteme...	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo forteme...
Não sou uma pes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ter muit...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não gosto de per...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indicadores de felicidade LGB

QUESTIONS RESPONSES 241 Total points: 0

SEND

Supporte *

	Discordo totalme...	Discordo na maio...	Não concordo ne...	Concordo	Concordo totalm...
Por vezes sinto...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não saio com am...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os amigos não m...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando preciso d...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesmo nas situa...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes sinto fal...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto falta de acti...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gostava de partic...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito@...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito@...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito@...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indicadores de felicidade LGB

QUESTIONS RESPONSES 241 Total points: 0

SEND

Bem estar 1 *

	Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
Sinto-me tens@ ou ne...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho a cabeça cheia...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de estar d...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me animad@	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me mais lent@...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico de tal forma apre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De repente tenho sen...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de aprecia...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bem estar 2

Multiple-choice grid

Rows	Columns
1. Ainda sinto prazer nas coisas de que costum...	<input type="radio"/> Tanto como antes

Indicadores de felicidade LGB

QUESTIONS RESPONSES 241 Total points: 0

SEND

C

'Bullying' *

Muitas vezes Por vezes Raramente Nunca

Sofreu abusos psicol...

Sofreu violência física...

Consumo de fármacos neurológicos ou psiquiátricos *

Diário

Algumas vezes por mês

Algumas vezes por semana

Menos de uma vez por mês

País de nascimento *

Short-answer text

?

Indicadores de felicidade LGB

QUESTIONS RESPONSES 241 Total points: 0

SEND

C

Anos de escolaridade completos

Short-answer text

Profissão *

Short-answer text

Vive com quem (parentesco das pessoas com quem vive. Por ex. mãe, irmão...) *

Short-answer text

Situação face ao emprego *

Activo

Estudante

Desempregado

Reformado

?

← Indicadores de felicidade LGB

SEND

QUESTIONS

RESPONSES

241

Total points: 0

Religião *

☐ Católica

☐ Muçulmana

☐ Outra

☐ Não tenho

Endereço electrónico ou nr. de telefone, se desejar conhecer os resultados individuais e os do estudo global

Short-answer text

Consentimento informado: Mestranda em Psicopatologia: Cristina Romão Nunes. Orientador: Professor Diogo Telles-Correia. O questionário é confidencial. Declaro aceitar participar de forma totalmente voluntária

☐ Sim

?